HENRY MARSH

SĂ NU FACI RĂU

Gândurile unui neurochirurg despre erori, vinovăție și latura umană a medicinei

„O carte superbă!"
Ian McEwan

cpt

HENRY MARSH
SĂ NU FACI RĂU
Gândurile unui neurochirurg
despre erori, vinovăție
și latura umană
a medicinei
„O carte superbă!"
Ian McEwan

Prefață
1. Pineocitom
2. Anevrism
3. Hemangioblastom
4. Melodramă
5. Tic douloureux
6. Angor animi
7. Meningiom
8. Papilom de plex coroid
9. Leucotomie
10. Traumă
11. Ependimom
12. Glioblastom
13. Infarct
14. Neurotmesis
15. Meduloblastom
16. Adenom pituitar
17. Empiem
18. Carcinom
19. Mutism akinetic
20. Hubris
21. Fotopsie
22. Astrocitom
23. Tirosin-kinază
24. Oligodendrogliom
25. Anesthesia dolorosa
mulțumiri

Carte
Pentru
Toți

Evenimentele și scenariile clinice din această carte s-au întâmplat în realitate, dar o parte dintre nume și alte caracteristici de identificare au fost uneori modificate, pentru a proteja intimitatea colegilor și a pacienților.

O versiune anterioară a capitolului „Pineocitom“ a apărut inițial la adresa www.granta.com.

Henry Marsh, neurochirurg britanic, s-a născut pe 5 martie 1950, la Oxford. A studiat economia, politica și filosofia la Oxford, apoi medicina, la Royal Free Medical School, în Londra. Marsh a lucrat ca neurochirurg la Spitalul Universitar St. George din Londra, în cadrul uneia dintre cele mai mari unități spitalicești specializate în neurochirurgie din Marea Britanie. Este specialist în extirparea tumorilor cerebrale. În 1984, a fost numit membru al Royal College of Surgeons. A fost profesor de neurochirurgie la Universitatea din Washington, Seattle. În anul 1990, a înființat în Ucraina o fundație în cadrul căreia operează, în principal, oameni care nu beneficiază de ajutor medical.

Activitatea lui profesională a constituit subiectul a două filme documentare realizate de BBC și distinse cu premii: *Your Life in Their Hands* (2004), respectiv *The English Surgeon* (2007), acesta din urmă având ca temă activitatea în domeniul neurochirurgiei desfășurată de Henry Marsh în Ucraina. Lucrarea sa autobiografică, *Să nu faci rău*, a primit PEN Ackerley Prize, respectiv South Bank Sky Arts Award și a fost nominalizată pentru Guardian First Book Award, Wellcome Book Prize, Duff Cooper Prize, Costa Biography Award, respectiv Slightly Foxed Best First Biography Prize.

Henry Marsh
Să nu faci rău

GÂNDURILE UNUI NEUROCHIRURG DESPRE ERORI, VINOVĂȚIE ȘI LATURA UMANĂ A MEDICINEI

Traducere din limba engleză de

Irina Brateș

LITERA
București
2019

Do No Harm
Stories of Life, Death, and Brain Surgery
Henry Marsh
Copyright © 2014 Henry Marsh

Carte Pentru Toți este o divizie a Grupului Editorial Litera
O.P. 53; C.P. 212, sector 4, Bucureşti, România
tel.: 021 319 63 93; 0752 101 777

Să nu faci rău. Gândurile unui
neurochirurg despre erori,
vinovăție și latura umană
a medicinei / Henry Marsh

Copyright © 2019 Grup Media Litera
pentru prezenta ediție
Toate drepturile rezervate
Traducere din limba engleză:Irina Brateș

Editor: Vidrașcu și fiii
Coordonator editorial: Doru Someșan
Redactor: Carmen Ștefania Neacșu
Corector: Cătălina Călinescu
Copertă: Flori Zahiu
Tehnoredactare și prepress: Dorel Melinte

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
MARSH, HENRY
Să nu faci rău. Gândurile unui
neurochirurg despre erori,
vinovăție și latura umană
a medicinei / Henry Marsh; trad. din lb. engleză de Irina Brateș. – București: Litera, 2019

ISBN 978-606-33-3407-8

ISBN EPUB 978-606-33-4421-3

I. Brateș, Irina (trad.)

821.111

Lui Kate, fără de care această carte nu ar fi fost scrisă niciodată

În primul rând, să nu faci rău…

Atribuit de obicei lui Hipocrate din Kos, cca 460 î.Hr.

Fiecare chirurg poartă în sine un mic cimitir, unde se duce din când în când să se roage – un loc plin de amărăciune și regret, unde trebuie să caute o explicație pentru eșecurile sale.

René Leriche, *La Philosophie de la chirurgie*, 1951

PREFAȚĂ

Dacă suntem bolnavi și ne aflăm în spital, temându-ne pentru viața noastră, așteptând o operație înspăimântătoare, trebuie să avem încredere în medicii care ne tratează – cel puțin, viața este foarte dificilă dacă nu facem acest lucru. Nu este surprinzător că investim medicii cu calități supraomenești, pentru a ne depăși temerile. Dacă intervenția reușește, chirurgul este un erou, dar dacă dă greș, este un ticălos.

Realitatea, bineînțeles, este total diferită. Medicii sunt oameni, ca și noi. Multe dintre lucrurile care se întâmplă în spital țin de întâmplare – atât de ghinion, cât și de noroc; succesul și eșecul sunt adesea în afara controlului medicului. A ști când să nu operezi este la fel de important ca a ști cum să operezi și este o competență mai greu de dobândit.

Viața unui neurochirurg nu este niciodată plictisitoare și poate aduce recompense extraordinare, dar are un preț. În mod inevitabil, faci greșeli și trebuie să înveți să trăiești cu ocazionalele consecințe înfiorătoare. Trebuie să înveți să fii obiectiv în legătură cu ceea ce vezi, și totuși să nu-ți pierzi umanitatea. Povestirile din această carte se referă la încercările mele – și la eșecurile ocazionale – de a găsi un echilibru între detașarea necesară și compasiunea pe care le presupune o carieră în chirurgie, un echilibru între speranță și realism. Nu vreau să subminez încrederea publicului în neurochirurgi sau în profesia medicală, dar sper ca această carte a mea să ajute

oamenii să înțeleagă dificultățile – adeseori de natură umană mai curând decât de natură tehnică – cu care se confruntă medicii.

1. Pineocitom

subst. *tumoare neobișnuită, cu creștere lentă, a glandei pineale.*

Adesea sunt nevoit să incizez creierul și este un lucru pe care detest să-l fac. Cu ajutorul unei pense diatermice, coagulez vasele de sânge roșu, frumoase și labirintice, care se află pe suprafața strălucitoare a creierului. Practic incizia cu un scalpel mic și fac o gaură prin care pătrund cu un aspirator fin – cum creierul are consistența gelatinei, aspiratorul este principalul instrument al neurochirurgului. Privesc prin microscopul chirurgical, făcându-mi drum în jos prin substanța albă și moale a creierului, căutând tumoarea. Ideea că aspiratorul meu se mișcă prin gândirea însăși, prin emoție și raționament, că amintirile, visele și reflecțiile sunt alcătuite din gelatină este pur și simplu prea ciudată ca să înțeleg. Tot ceea ce văd în fața ochilor este materie. Și totuși, știu că dacă mă abat în zona greșită, în ceea ce chirurgii numesc cortexul elocvent, voi avea în fața ochilor un pacient infirm atunci când voi face vizita la reanimare după operație pentru a vedea ce am realizat.

Chirurgia pe creier este periculoasă, iar tehnologia modernă a redus riscul doar într-o oarecare măsură. Pot folosi o formă de GPS pentru chirurgia pe creier, un sistem numit Navigare Computerizată, în cadrul căruia, la fel ca sateliții care orbitează în jurul Pământului, camerele cu infraroșu sunt orientate către capul pacientului. Camerele pot „vedea“ instrumentele din mâinile mele, pe care se află mici bile reflectorizante. Un calculator conectat la camere îmi arată apoi poziția instrumentelor mele în creierul pacientului pe o tomografie făcută cu puțin timp înainte de operație. Pot opera cu pacientul treaz, sub anestezie locală, astfel încât să pot identifica zonele elocvente ale cortexului, stimulând creierul cu un electrod. Anestezistul meu îi dă pacientului lucruri simple de făcut, astfel încât să putem vedea dacă provoc vreo leziune pe măsură ce se desfășoară operația. Dacă operez pe măduva spinării – care este și mai

vulnerabilă decât creierul – pot folosi o metodă de stimulare electrică, cunoscută sub denumirea de potențiale evocate, pentru a mă preveni dacă sunt pe cale să provoc paralizia.

În ciuda acestei întregi tehnologii, neurochirurgia continuă să fie periculoasă, și este în continuare nevoie de competențe și experiență atunci când instrumentele mele pătrund în creier sau în măduva spinării, și trebuie să știu când să mă opresc. Adesea este mai bine să lași boala pacientului să-și urmeze cursul și să nu operezi deloc. Și apoi mai este și soarta – norocul sau ghinionul – și, pe măsură ce dobândesc din ce în ce mai multă experiență, mi se pare că soarta devine din ce în ce mai importantă.

Am avut un pacient pe care trebuia să-l operez de o tumoare la glanda pineală. În secolul al XVII-lea, filosoful dualist Descartes, care afirma că mintea și creierul sunt entități complet separate, plasa sufletul omenesc în glanda pineală. Aici, spunea el, este locul în care creierul material comunică într-un mod magic și misterios cu mintea și cu sufletul imaterial. Nu știu ce ar fi spus dacă i-ar fi putut vedea pe pacienții mei privindu-și creierele pe un monitor video, așa cum se întâmplă uneori când operez sub anestezie locală.

Tumorile glandei pineale sunt foarte rare. Pot fi benigne și pot fi maligne. Cele benigne nu au în mod necesar nevoie de tratament. Cele maligne pot fi tratate cu radioterapie și chimioterapie, dar se pot dovedi fatale chiar și așa. În trecut erau considerate inoperabile, dar lucrurile s-au schimbat datorită neurochirurgiei moderne, microscopice. Acum se consideră de obicei că e necesar să se opereze, măcar pentru a se obține o biopsie și a se confirma tipul tumorii, astfel încât să poți decide cum să tratezi mai bine pacientul. Glanda pineală este adânc îngropată în mijlocul creierului, astfel încât operația este, așa cum spun chirurgii, o provocare. Neurochirurgii privesc tomografiile creierului în care apar tumori ale glandei pineale atât cu teamă, cât și cu emoție, ca alpiniștii care privesc un vârf înalt, pe care speră să-l cucerească.

Acestui pacient i-a fost foarte greu să accepte că are o boală potențial letală și că nu mai avea control asupra vieții sale. Era directorul unei companii foarte importante. Crezuse că durerile de cap care începuseră să-l trezească noaptea erau provocate de stresul

de a fi fost nevoit să concedieze atât de mulți angajați, ca urmare a crizei financiare din 2008. S-a dovedit că avea o tumoare a glandei pineale și hidrocefalie acută. Tumoarea obstrucționa circulația normală a lichidului cerebrospinal la nivelul creierului, iar lichidul blocat mărea presiunea din craniu. Fără tratament, avea să orbească și să moară în câteva săptămâni.

Avusesem multe conversații tensionate cu el în zilele de dinaintea operației. I-am explicat că riscurile operației, printre care se numărau decesul și un accident vascular cerebral major, erau până la urmă mai mici decât riscurile pe care le implica neefectuarea operației. Își nota laborios în smartphone-ul său tot ce spuneam, ca și cum scriind cuvintele lungi – hidrocefalie obstructivă, ventriculostomie endoscopică, pineocitom, pineoblastom – ar fi revenit cumva în poziția în care deținea el controlul și s-ar fi salvat. Anxietatea sa, combinată cu sentimentul meu de eșec profund în urma unei operații pe care o făcusem cu o săptămână mai devreme, însemna că îmi era groază la gândul de a-l opera.

Îl văzusem în seara de dinaintea operației. Când discut cu pacienții în seara de dinaintea operației, încerc să nu stărui asupra riscurilor operației care îi așteaptă, pe care le voi fi discutat deja în detaliu la o întâlnire anterioară. Încerc să-i liniștesc și să-i fac să le fie mai puțin frică, deși acest lucru înseamnă că în schimb devin eu mai anxios. Este mai ușor să faci operații grele dacă i-ai spus pacientului dinainte că operația este extrem de periculoasă și că e foarte probabil să nu reușească – poate atunci m-aș simți responsabil într-un mod mai puțin dureros, în cazul în care chiar se întâmplă acest lucru.

Soția sa era așezată alături de el, arătând îngrozită.

„Este o operație relativ simplă“, i-am asigurat, cu fals optimism.

„Dar tumoarea ar putea fi canceroasă, nu-i așa?“, m-a întrebat ea.

Puțin reticent, i-am spus că ar putea fi. I-am explicat că aveam să iau o secțiune congelată în cursul operației – o mostră care avea să fie examinată imediat de un patolog. Dacă raporta că tumoarea nu e canceroasă, nu mai trebuia să încerc să scot și cea mai mică urmă de tumoare. Iar dacă tumoarea era ceea ce se cheamă germinom, nu aveam să fiu nevoit să o îndepărtez deloc, iar soțul său putea fi tratat – și probabil vindecat – cu radioterapie.

„Prin urmare, dacă nu este cancer și nu este germinom, atunci operația este sigură“, a spus ea, dar în vocea ei se simțea nesiguranța.

Am ezitat, nedorind să o sperii. Mi-am ales atent cuvintele. „Da – devine mult mai puțin periculos dacă nu încerc să îndepărtez totul.“

Am mai discutat puțin înainte să le urez noapte bună și să plec acasă.

A doua zi dimineața, devreme, stăteam în pat și mă gândeam la tânăra pe care o operasem săptămâna trecută. Avusese o tumoare la măduva spinării, între vertebrele cervicale șase și șapte, și – deși nu știu de ce, întrucât operația păruse să se desfășoare fără evenimente – s-a trezit din operație paralizată pe partea dreaptă a corpului. Probabil încercasem să îndepărtez prea mult din tumoare. Am fost probabil prea sigur pe mine. Nu fusesem suficient de temător. Îmi doream din suflet ca această următoare operație, operație a tumorii glandei pineale, să meargă bine – să aibă un final fericit, toată lumea să trăiască fericită până la sfârșitul vieții, astfel încât să mă pot simți din nou împăcat cu mine.

Dar știam că oricât de tare regretam și oricât de bine ar fi mers operația de glandă pineală, nimic din ce puteam face nu avea să anuleze răul pe care i-l făcusem acelei tinere. Orice nefericire a mea era nimic în comparație cu ceea ce trăiau ea și familia ei. Nu exista nici un motiv pentru care această următoare operație a tumorii pineale să meargă bine, doar pentru că speram eu cu atâta disperare că avea să se întâmple astfel sau pentru că operația anterioară avusese un rezultat dezastruos. Rezultatul operației tumorii glandei pineale – indiferent dacă tumoarea era malignă sau nu, dacă puteam îndepărta tumoarea sau dacă era lipită fără speranță de creier și totul se termina îngrozitor – era în mare parte în afara controlului meu. Știam de asemenea că, pe măsură ce va trece timpul, suferința pe care o simțeam pentru ceea ce îi făcusem tinerei avea să se estompeze. Amintirea ei stând întinsă pe patul de spital, cu un braț și un picior paralizate, avea să devină o cicatrice, mai curând decât o rană dureroasă. Avea să se adauge la lista dezastrelor mele – o altă piatră de mormânt în acel cimitir pe care chirurgul francez Leriche a spus odată că toți chirurgii îl poartă în sufletul lor.

Imediat ce începe o operație, de obicei constat că orice astfel de temeri morbide dispar. Iau scalpelul – nu din mâna asistentei, cum se întâmpla înainte, ci, în conformitate cu un protocol privind sănătatea și siguranța, dintr-un recipient de metal – și, plin de încredere de sine chirurgicală, îl apăs cu precizie prin scalpul pacientului. Când începe să iasă sângele din rană, emoția vânătorii mă cuprinde și simt că am controlul asupra celor ce se întâmplă. Sau, cel puțin, astfel decurg lucrurile în mod obișnuit. De această dată însă, operația dezastruoasă din săptămâna precedentă însemna că am sosit în sala de operație cu un trac extraordinar. În loc să stau de vorbă, ca de obicei, cu asistenta de bloc operator și cu Mike, unul dintre chirurgii stagiari cunoscuți sub numele de medici în curs de specializare care mă asista, am curățat pielea pacientului și am poziționat câmpurile în liniște.

Mike lucra cu mine de câteva luni și ne cunoșteam bine. Am specializat mulți stagiari în cei 30 de ani ai mei de carieră și cu majoritatea dintre ei, aș vrea să cred, m-am înțeles bine. Rolul meu este să-i pregătesc și trebuie să-mi asum răspunderea pentru ceea ce fac ei, dar la rândul lor și ei trebuie să mă asiste și să mă susțină și, atunci când este cazul, să mă încurajeze. Știu destul de bine că de obicei îmi spun numai ceea ce cred ei că vreau să aud, dar relația dintre noi poate fi una foarte apropiată – eventual puțin asemănătoare cu aceea dintre soldați pe câmpul de luptă – și aceasta îmi va lipsi cel mai mult când mă voi pensiona.

„Ce se întâmplă, șefu'?“, m-a întrebat Mike.

Am mormăit prin mască.

„Ideea că neurochirurgia este un fel de aplicare calmă și rațională a științei“, am spus, „este o tâmpenie totală. Sau cel puțin așa este pentru mine. Operația aia nenorocită de săptămâna trecută mă face să mă simt la fel de neliniștit ca acum 30 de ani și în nici un caz ca și cum m-aș apropia de pensionare“.

„Abia aștept“, a spus Mike – era gluma standard pe care o făceau cei mai îndrăzneți dintre stagiarii mei, acum când mă apropiam de sfârșitul carierei. Actualmente sunt mai mulți stagiari decât posturi pentru medici specialiști și toți stagiarii mei se tem pentru viitorul lor. „Oricum, probabil că starea ei se va îmbunătăți“, a adăugat. „A trecut foarte puțin timp.“

„Mă îndoiesc.“

„Dar nu se știe niciodată precis…“

„Mă rog, s-ar putea să ai dreptate.“

Stăteam în picioare în spatele pacientului în timp ce vorbeam, pentru că bărbatul inconștient, anesteziat, era sprijinit în poziție șezând. Mike răsese deja o fâșie îngustă de păr de la spatele gâtului acestuia.

„Bisturiu“, i-am spus lui Agnes, asistenta de bloc operator. L-am luat de pe tava pe care mi-a întins-o și am tăiat repede în zona din spatele capului. Mike a folosit un aspirator ca să îndepărteze sângele și apoi am desfăcut mușchii gâtului, astfel încât să putem începe perforarea osului craniului.

„Chiar tare“, a spus Mike.

Odată incizat scalpul omului, mușchii retractați, craniectomia efectuată, meningele deschise și reflectate – chirurgia are propriul limbaj descriptiv antic –, mi s-a adus microscopul și m-am instalat în scaunul chirurgical. În cazul operației glandei pineale, spre deosebire de operațiile pentru alte tumori cerebrale, nu e nevoie să tai prin creier pentru a ajunge la tumoare; ci, după ce ai deschis meningele – membrana de sub craniu care acoperă creierul și măduva spinării –, privești de-a lungul unei crăpături înguste care separă partea de sus a creierului, adică emisferele cerebrale, de partea de jos – trunchiul cerebral și cerebelul. Ai senzația că te târăști printr-un tunel lung. La o adâncime de aproximativ 7,5 cm – deși pare de o sută de ori pe atât din cauza microscopului – găsești tumoarea.

Privesc direct în centrul creierului, o zonă secretă și misterioasă, în care se află toate funcțiile vitale care ne mențin conștienți și vii. Deasupra mea, ca marile arcade ale acoperișului unei catedrale, se află venele adânci ale creierului – venele cerebrale interne și, dincolo de acestea, venele bazale Rosenthal și apoi, pe mijloc, marea venă cerebrală a lui Galen, de un albastru-închis și strălucind în lumina microscopului. Aceasta este anatomia care îi face pe neurochirurgi să se înfioare.

Aceste vene transportă cantități uriașe de sânge venos de la creier către restul corpului. Lezionarea acestora va avea ca rezultat moartea pacientului. În fața mea se află tumoarea roșie granulară, iar sub ea,

placa tectală a trunchiului cerebral, la nivelul căruia o leziune poate produce comă permanentă. Pe ambele părți se află arterele cerebrale posterioare ce alimentează părțile din creier care răspund pentru vedere. În față, dincolo de tumoare, ca o ușă care, odată tumoarea îndepărtată, se deschide într-un coridor îndepărtat, cu pereți albi, se află cel de-al treilea ventricul.

Denumirile acestea au o anume poezie diafană, chirurgicală, care, combinată cu optica frumoasă a unui microscop modern, contrabalansat, face din aceasta una dintre cele mai minunate intervenții neurochirurgicale – bineînțeles, dacă totul decurge bine. De această dată, pe măsură ce mă apropiam de tumoare, am întâlnit în cale câteva vase de sânge care trebuiau tăiate – trebuie să știi care pot fi sacrificate și care nu. Parcă îmi pierdusem toate cunoștințele și experiența. De fiecare dată când tăiam un vas de sânge, mă scuturam puțin de teamă, dar când ești chirurg, înveți de la începutul carierei să accepți anxietatea intensă ca fiind o parte normală a muncii de fiecare zi și să continui în ciuda acesteia.

După o oră și jumătate de operație, am ajuns la tumoare. Am extirpat un fragment minuscul pentru a fi trimis la laboratorul de patologie și m-am lăsat pe spate în scaunul chirurgical.

„Acum va trebui să așteptăm“, i-am spus lui Mike, oftând. Nu e ușor să te întrerupi în mijlocul operației, așa că stăteam prăvălit în scaunul meu, neliniștit și tensionat, dorindu-mi tare mult să continui operația, sperând că de la patologie aveau să-mi raporteze că tumoarea era atât benignă, cât și operabilă, sperând ca pacientul să trăiască, sperând să-i pot spune soției sale după operație că totul avea să fie bine.

După 45 de minute nu am mai putut suporta așteptarea, mi-am împins scaunul la o parte de lângă masa de operație și am sărit din el ca să merg la cel mai apropiat telefon, încă purtând halatul și mănușile sterile. Am sunat la laboratorul de patologie și am cerut cu patologul. După o mică așteptare, a venit la telefon.

„Secțiunea congelată!“, am strigat. „Ce se întâmplă?“

„A“, a spus patologul, cu o voce cât se poate de imperturbabilă. „Scuze pentru întârziere. Eram în altă parte a clădirii.“

„Ce naiba e cu ea?“

„Da. Ei bine, mă uit la ea acum. A, da, arată cât se poate de clar ca un pineocitom benign…“

„Minunat! Mulțumesc!“

Iertându-l instantaneu, m-am întors la masa de operație, unde toată lumea aștepta.

„Să continuăm!“

M-am dezinfectat din nou și m-am urcat înapoi în scaun, mi-am așezat bine coatele pe brațele acestuia și am reluat operația tumorii. Fiecare tumoare cerebrală e diferită. Unele sunt tari ca piatra, altele moi ca gelatina. Unele sunt complet uscate, altele pline de sânge – în așa măsură, uneori, încât pacientul poate muri în timpul operației ca urmare a hemoragiei. Unele se desprind imediat, altele sunt lipite total de creier și de vasele de sânge. Nu ai cum să-ți dai seama din tomografia creierului cum se va comporta exact tumoarea până când nu începi să o îndepărtezi. Tumoarea acestui bărbat era, cum spun chirurgii, cooperantă și cu un plan chirurgical bun – cu alte cuvinte, nu era lipită de creier. Am curățat-o încet, îndepărtând-o de jur împrejur și adunând-o într-o grămăjoară în centrul ei. După trei ore, părea că scosesem mare parte din ea.

Cum tumorile pineale sunt atât de rare, unul dintre colegii mei a venit din sala lui de operații în sala mea, pentru a vedea cum se desfășura operația. Era, probabil, puțin gelos.

Privea peste umărul meu.

„Arată bine.“

„Deocamdată“, am spus.

„Lucrurile iau o întorsătură proastă numai când nu te aștepți la asta“, a răspuns, întorcându-se în sala lui de operație.

Operația a continuat până când am îndepărtat întreaga tumoare, fără să ating ceva din arhitectura vitală înconjurătoare a creierului. L-am lăsat pe Mike să închidă plaga și m-am dus pe secție. Aveam doar câțiva pacienți internați, unul dintre aceștia fiind tânăra mamă pe care o lăsasem paralizată cu o săptămână în urmă. Am găsit-o singură într-o rezervă. Când te apropii de un pacient căruia i-ai făcut rău, ai senzația că există o forță care te împinge înapoi, opunând rezistență față de încercările tale de a deschide ușa în spatele căreia zace pacientul, a cărei clanță pare făcută din plumb, împingându-te

departe de patul acestuia, rezistând încercărilor tale de a schița un zâmbet ezitant. E greu de știut ce rol să joci. Chirurgul este acum un personaj negativ și un infractor sau, în cel mai bun caz, un incompetent; a încetat să mai fie un erou atotputernic. Este mult mai ușor să treci în grabă pe lângă pacient, fără să spui ceva.

Am intrat în cameră și m-am așezat pe un scaun alături de ea.

„Cum te simți?“, am întrebat neconvingător.

M-a privit și a făcut o grimasă, arătând fără cuvinte cu brațul stâng funcțional către brațul drept paralizat și apoi ridicându-l, pentru a-l lăsa apoi să cadă fără viață pe pat.

„Am mai văzut astfel de lucruri întâmplându-se după operație, iar pacienții și-au revenit, deși a durat luni întregi. Cred cu adevărat că îți vei reveni în mare măsură.“

„Am avut încredere în dumneavoastră înaintea operației“, a spus. „De ce aș avea acum?“

N-am știut ce să răspund imediat și mă uitam încurcat la picioarele mele.

„Dar vă cred“, a spus după un timp, deși poate doar din milă.

M-am întors la blocul operator. Pacientul cu tumoarea de glandă pineală fusese transferat de pe masă pe un pat și era deja treaz. Stătea întins, cu capul pe o pernă, privind cu ochii încețoșați, în timp ce una dintre asistente spăla sângele și praful de os care îi rămăsese în păr după operație. Anesteziștii și cei din sala de operații râdeau și pălăvrăgeau, în timp ce trebăluiau în jurul lui, rearanjând numeroasele tuburi și cabluri la care era conectat, pregătindu-l pentru transferul la reanimare. Dacă nu s-ar fi trezit atât de bine, ei și-ar fi făcut treaba în liniște. Asistentele făceau ordine pe mesele de instrumentar și îndesau cearșafurile, cablurile și tuburile în saci de gunoi din plastic. Unul dintre brancardieri ștergea deja sângele de pe jos, pregătind sala pentru următorul caz.

„Se simte perfect!“, mi-a strigat Mike fericit, din partea cealaltă a încăperii.

M-am dus să vorbesc cu soția sa. Aștepta pe coridor, în fața secției de reanimare, cu fața rigidă de teamă și speranță în timp ce mă privea venind către ea.

„A mers cât de bine am putut spera că o să meargă“, am spus, cu o voce oficială și neutră, jucând rolul neurochirurgului detașat și strălucitor. Dar apoi nu m-am putut abține și i-am pus mâinile pe umeri, iar când și-a pus mâinile pe ale mele și ne-am privit în ochi, și i-am văzut lacrimile și a trebuit să fac un efort pentru a mi le opri pe ale mele, mi-am permis un scurt moment de celebrare.

„Cred că totul va fi în ordine“, am spus.

2. Anevrism

subst. *dilatare morbidă a peretelui unui vas de sânge, de obicei a peretelui unei artere.*

Neurochirurgia presupune tratamentul chirurgical al pacienților cu boli și traumatisme ale creierului și măduvei spinării. Acestea sunt probleme rare, astfel că există doar un mic număr de neurochirurgi și de departamente de neurochirurgie, în comparație cu alte specialități medicale. Nu am avut nici un fel de contact cu neurochirurgia în timpul studenției. Nu ni se permitea accesul în sala în care se făceau intervenții de neurochirurgie în spitalul în care m-am pregătit – se considera că e un domeniu prea specializat și cabalistic pentru simplii studenți. Odată, când mergeam pe coridorul principal al blocului operator, apucasem să văd, scurt, printr-un mic geam al ușii sălii de operații de la neurochirurgie, o femeie dezbrăcată, anesteziată, cu capul complet ras, care stătea nemișcată și dreaptă în fund pe o masă chirurgicală specială. Un neurochirurg vârstnic și extraordinar de înalt, cu fața ascunsă de o mască chirurgicală și cu un bec complicat prins de cap, stătea în picioare în spatele ei. Cu mâinile lui enorme, îi picta scalpul ras cu iod maro. Arăta ca o scenă din filmele de groază.

Trei ani mai târziu, m-am aflat în aceeași sală de operații neurochirurgicale, privindu-l pe cel mai tânăr dintre doi chirurgi specialiști care lucrau în spital cum opera o femeie cu anevrism cerebral rupt. Trecuse un an și jumătate de când mă calificasem ca doctor și eram deja dezamăgit și deziluzionat la gândul unei cariere în

medicină. Lucram în acea perioadă ca medic rezident, la secția de reanimare a spitalului în care făcusem practică. Văzând că arătam cam plictisit, una dintre anestezistele care lucrau în secția de reanimare îmi propusese să cobor la sala de operație ca să o ajut să pregătească un pacient pentru o intervenție neurochirurgicală.

Era ceva diferit de toate celelalte operații pe care le văzusem, care de obicei păreau să implice incizii lungi, sângerânde, și manevrarea unor părți ale corpului mari și alunecoase. Această operație se făcea cu ajutorul unui microscop neurochirurgical, printr-o mică deschidere dintr-o parte a capului femeii, folosindu-se numai instrumente fine, microscopice, cu care se manipulau vasele de sânge din creierul acesteia.

Anevrismele sunt dilatări mici, ca niște baloane, ale arterelor cerebrale, care pot – și adesea chiar o fac – produce hemoragii catastrofale în creier. Scopul operației este să se pună un clips metalic minuscul cu resort pe gâtul anevrismului – doar câțiva milimetri în jurul acestuia – pentru a împiedica anevrismul să plesnească. Există un pericol cât se poate de real ca un chirurg, care lucrează la o adâncime de câțiva centimetri în centrul capului pacientului, într-un spațiu îngust de sub creier, să spargă din neatenție anevrismul în timp ce îl desprinde de creier și de vasele de sânge care îl înconjoară, încercând să-l prindă în clips. Anevrismele au pereți subțiri, fragili; cu toate acestea au înăuntru sânge arterial, cu presiune mare. Uneori, peretele este atât de subțire, încât poți vedea vârtejuri de sânge roșu-închis înăuntrul anevrismului, mărite la proporții enorme și sinistre de microscopul chirurgical. Dacă chirurgul rupe anevrismul înainte să-l poată prinde, pacientul moare de cele mai multe ori, sau măcar suferă un atac cerebral catastrofic – o soartă incomparabil mai rea decât moartea.

Personalul din sala de operație nu scotea nici un sunet. Nu se auzeau sporovăielile și discuțiile obișnuite. Neurochirurgii descriu uneori chirurgia anevrismului ca fiind asemănătoare dezamorsării unei bombe, deși curajul de care este nevoie este de alt gen, întrucât viața pacientului, nu cea a chirurgului este cea aflată în pericol. Operația pe care o urmăream era mai mult ca un sport sângeros decât ca un exercițiu tehnic, calm și obiectiv, ținta fiind o tumoare periculoasă.

Avea loc o urmărire – chirurgul se furișa pe sub creierul pacientului către anevrism, încercând să nu-l atingă, acolo unde se afla, în adâncul creierului. Și apoi urma punctul culminant, momentul în care prindea anevrismul, îl ținea fix și îl oblitera cu un clips de titaniu strălucitor cu resort, salvând viața pacientului. Mai mult decât atât, operația implica și creierul, acel substrat misterios al tuturor gândurilor și sentimentelor, substratul a tot ceea ce este important în viața omului – un mister, mi se părea mie, la fel de mare ca stelele de pe cerul nopții și ca universul din jurul nostru. Operația era elegantă, delicată, periculoasă și plină de înțelesuri profunde. Ce putea fi mai minunat decât să fii neurochirurg? Aveam sentimentul straniu că acesta era lucrul pe care îmi doream să-l fac toată viața mea, chiar dacă abia acum îmi dădeam seama. Era dragoste la prima vedere.

Operația a mers bine. Anevrismul a fost clipsat cu succes, fără să se producă un atac cerebral sau o hemoragie catastrofală, iar atmosfera din sala de operație a devenit dintr-odată veselă și relaxată. M-am dus acasă în seara aceea și am anunțat-o pe soția mea că aveam să fiu neurochirurg. A fost puțin surprinsă, dat fiind faptul că fusesem atât de nedecis în ceea ce privește specializarea mea, dar a părut să considere că ideea avea sens. Nici unul din noi nu avea cum să știe atunci că obsesia mea pentru neurochirurgie, numeroasele ore de lucru și suficiența pe care o năștea în mine aveau să ducă la năruirea căsătoriei noastre, 25 de ani mai târziu.

30 de ani și câteva sute de operații de anevrism mai târziu, recăsătorit și la numai câțiva ani distanță de momentul pensionării, pedalam către spital într-o luni dimineață, ca să mă ocup de un anevrism. Tocmai se încheiase un val de căldură, iar deasupra sudului Londrei atârnau nori întunecați și grei de ploaie. În timpul nopții turnase cu găleata. Era foarte puțin trafic – ai fi zis că toată lumea e în concediu. Rigolele de la intrarea spitalului erau inundate, așa că autobuzele roșii aruncau cascade de apă pe trotuar, obligându-i pe cei câțiva angajați care veneau la muncă să sară într-o parte când treceau acestea.

Rareori mai operez anevrisme acum. Toate deprinderile și cunoștințele pe care mi le-am însușit încet și dureros pentru a ajunge

chirurg de anevrisme au devenit perimate din cauza schimbărilor tehnologice. În locul intervenției chirurgicale pe creier deschis, se introduc, printr-un ac, în zona inghinală a pacientului, un cateter și un fir, ajungându-se cu ele la artera femurală și fiind conduse în sus, în anevrism, de către un medic radiolog – nu un neurochirurg –, iar anevrismul este blocat din interior, în loc să fie prins cu un clips din exterior. Este, fără îndoială, o experiență mult mai puțin neplăcută pentru pacienți decât aceea de a fi supuși unei operații. Deși neurochirurgia nu mai este ce a fost odată, pierderea neurochirurgului este câștigul pacientului. Cea mai mare parte a muncii mele se concentrează acum pe tumorile creierului – tumori purtând nume ca gliom sau meningiom sau neurinom (sufixul „-om“ provine de la cuvântul din greaca veche care înseamnă tumoare, iar prima parte a cuvântului este numele tipului de celulă din care se crede că a crescut tumoarea). Uneori, anevrismul nu poate fi embolizat, prin urmare, din când în când, mă trezesc mergând la lucru de dimineață în acea stare de entuziasm și anxietate controlată pe care în trecut o cunoșteam atât de bine.

Dimineața începe întotdeauna cu o ședință – o practică pe care am inaugurat-o în urmă cu 20 de ani. Mă inspirasem din serialul polițist TV *Hill Street Blues*, în care, în fiecare dimineață, charismaticul sergent al secției de poliție ținea predici pline de miez și le dădea instrucțiuni ofițerilor din subordine înainte să pornească pe străzile orașului, în mașinile lor de poliție cu sirenele urlând. Era perioada în care guvernul începuse să reducă numeroasele ore de lucru ale medicilor stagiari din spital. Medicii, se spunea, erau obosiți și suprasolicitați, iar viețile pacienților erau puse în pericol. Însă în loc să devină din ce în ce mai prudenți și eficienți, acum, când dormeau mai mult noaptea, medicii stagiari deveniseră din ce în ce mai ne-mulțumiți și mai neserioși. Aveam impresia că aceasta se întâmpla pentru că acum lucrau în schimburi și pierduseră simțul importanței și apartenenței pe care ți-l dădeau în trecut multele ore lucrate. Speram că întâlnindu-ne în fiecare dimineață pentru a discuta ultimele internări, pentru a-i pregăti pe stagiari prin învățătura constantă pe care le-o ofeream, cât și pentru a planifica tratamentul

pacienților, puteam reuși să recreăm o parte a spiritului de echipă pierdut.

Ședințele sunt foarte populare. Nu se aseamănă cu ședințele plictisitoare și lipsite de umor cu managementul spitalului, în care se discută despre actualizarea informațiilor referitoare la cele mai recente obiective sau despre familiarizarea cu noile metode de îngrijire clinică. Ședința noastră neurochirurgicală de dimineață este cu totul altceva. În fiecare dimineață, la ora opt fix, în sala de radiologie, întunecată și fără ferestre, vorbim tare și ne contrazicem și râdem în timp ce ne uităm la tomografiile cerebrale ale bieților noștri pacienți și facem bancuri negre pe seama lor. Stăm în semicerc, un grup restrâns de vreo zece medici specialiști și stagiari, arătând de parcă ne-am afla pe puntea navei spațiale Enterprise.

În fața noastră se află o baterie de monitoare de calculator și un perete alb pe care se proiectează tomografiile cerebrale, de multe ori mai mari decât în realitate, în alb și negru. Tomografiile aparțin pacienților internați în regim de urgență în ultimele 24 de ore. Mulți dintre pacienți au suferit hemoragii fatale sau traumatisme cerebrale severe, ori au tumori cerebrale nou diagnosticate. Stăm acolo, în viață și sănătoși, fericiți cu munca noastră, și, cu amuzament sardonic și detașare olimpiană, examinăm aceste imagini abstracte ale suferinței și dezastrului uman, sperând să găsim cazuri interesante pe care să le operăm. Medicii stagiari prezintă cazurile, făcându-ne un scurt „istoric“ cum se numește – povești ale unor catastrofe subite sau ale unor tragedii îngrozitoare care se repetă zi de zi, an de an, ca și cum suferința umană nu se va termina niciodată.

M-am așezat la locul meu obișnuit din spate, în colț. Rezidenții din anii terminali sunt în rândul din față, iar stagiarii de la chirurgie și rezidenții din primul an stau în rândul din spatele lor. Am întrebat care dintre stagiari fusese de gardă la internarea în regim de urgență.

„Un locțiitor“, a răspuns unul dintre rezidenți, „și s-a tirat“.

„Cinci medici au răspuns apelurilor de pe pagerul pentru urgențe, vineri, timp de 24 de ore“, a spus unul dintre colegii mei. „Cinci medici! Trimițându-și unul altuia urgențe, o dată la 4,2 ore! E haos total…“

„Avem ceva de prezentat?“, am întrebat. Unul dintre stagiari s-a ridicat de pe scaun și s-a îndreptat către tastatura calculatorului de pe biroul din partea din față a încăperii.

„O femeie de 32 de ani“, a zis scurt și concis. „Pentru operație astăzi. Avea niște dureri de cap și i s-a făcut o tomografie.“ În timp ce vorbea, o tomografie a fost proiectată pe perete.

M-am uitat la tinerii rezidenți și, spre jena mea, nu-mi aminteam nici unul din numele lor. Când am devenit medic specialist, acum 25 de ani, în secție erau doar doi rezidenți, acum sunt opt. În trecut, ajungeam să-i cunosc bine ca oameni și mă implicam personal în carierele lor, dar acum vin și pleacă la fel de rapid ca pacienții. Am cerut unei rezidente să descrie tomografia de pe peretele din fața noastră, scuzându-mă pentru că nu știam cine este.

„Alzheimer!“, a strigat unul dintre rezidenții mai puțin deferenți, din spatele întunecat al sălii.

Rezidenta mi-a spus că femeia se numea Emily. „Este o angiografie a creierului“, a spus ea.

„Da, cu toții vedem asta. Dar ce arată?“

S-a lăsat o tăcere jenantă.

După un timp, mi s-a făcut milă de ea. M-am dus la perete și am arătat către angiografie. Am explicat cum arterele care duc la creier sunt ca ramurile unui copac, îngustându-se pe măsură ce se întind în afară. Am arătat o mică umflătură, un bob mortal, care ieșea dintr-una din arterele cerebrale, și am privit-o întrebător pe Emily.

„E un anevrism?“, a întrebat Emily.

„Un anevrism al arterei cerebrale mijlocii drepte“, am răspuns. Am explicat cum durerile de cap ale femeii fuseseră de fapt foarte ușoare, iar anevrismul era o coincidență și fusese descoperit întâmplător. Nu avea nici o legătură cu durerile ei de cap.

„Cine e următorul care dă examenul?“, am întrebat, întorcându-mă să privesc către rândul de rezidenți din anii finali, care trebuie cu toții să dea un examen de neurochirurgie, organizat la nivel național, când ajung la sfârșitul perioadei de specializare. Încerc să-i examinez regulat în așteptarea acestuia.

„Este un anevrism nerupt, de șapte milimetri“, a spus Fiona – rezidenta cu experiența cea mai mare. „Prin urmare, există un risc de

0,05% de ruptură pe an, conform studiului comun.“

„Și dacă se rupe?“

„15% dintre oameni mor imediat, iar alți 30% mor în următoarele câteva săptămâni, de obicei din cauza continuării sângerării, și mai există o dobândă compusă de 4% pe an.“

„Foarte bine, cunoști cifrele. Dar ce ar trebui să facem?“

„Să-i întrebăm pe radiologi dacă pot face o embolizare endovasculară.“

„Am întrebat. Spun că nu pot.“

Radiologii intervenționali – medicii specializați în examene cu raze X care se ocupă acum de anevrisme – îmi spuseseră că anevrismul avea o formă nepotrivită pentru o astfel de intervenție și că, dacă există vreo șansă de tratament, ea constă într-un tratament chirurgical.

„L-ați putea opera dumneavoastră…“

„Dar ar fi bine s-o fac?“

„Nu știu.“

Avea dreptate. Nici eu nu știam. Dacă nu interveneam în nici un fel, pacienta putea în cele din urmă suferi o hemoragie, care probabil ar produce un atac cerebral catastrofal sau ar omorî-o. Dar totodată ar putea foarte bine să moară de altceva, după ani buni, fără ca anevrismul să se fi rupt. În acest moment se simțea perfect, durerile de cap pentru care făcuse tomografia erau irelevante și se ameliorașeră oricum. Anevrismul fusese descoperit din întâmplare. Dacă aș fi operat-o, i-aș fi putut produce un atac cerebral și aș fi distrus-o – riscul să se întâmple astfel era în jur de 4 sau 5%. Prin urmare riscul acut asociat operației ar fi fost în linii mari similar cu riscul pe toată viața asociat deciziei de a nu face nimic în privința anevrismului. Și totuși, dacă nu am face nimic, ea va trebui să trăiască știind că anevrismul acela e acolo, în creierul ei, și că ar putea-o ucide în orice moment.

„Prin urmare, ce ar trebui să facem?“, am întrebat.

„Să discutăm cu ea?“

O întâlnisem pentru prima dată pe acea femeie cu câteva săptămâni în urmă, la policlinică. Avea trimitere de la medicul generalist care

ceruse tomografia, dar în scrisoarea de trimitere nu scria nimic altceva despre ea decât că are 32 de ani și că are un anevrism nerupt. A venit singură, îmbrăcată elegant, cu o pereche de ochelari de soare ridicați peste părul lung și negru. S-a așezat pe scaunul de lângă biroul meu din cabinetul mohorât de consultații și și-a pus geanta de firmă pe jos, lângă scaun. Mă privea îngrijorată.

M-am scuzat pentru că o făcusem să aștepte și am ezitat înainte de a continua. Nu voiam să încep interviul întrebând-o imediat despre circumstanțele familiale sau despre ea – ar fi sunat ca și cum m-aș fi așteptat să moară. Am întrebat-o despre durerile de cap.

Așa că mi-a vorbit despre acestea și, de asemenea, mi-a spus că s-au ameliorat. Din relatarea ei, păreau acum inofensive. Dacă durerile de cap au o cauză serioasă, acest lucru reiese clar din natura acestora. Investigațiile organizate de medicul generalist – care spera poate că o tomografie normală a creierului o va liniști – a creat o problemă cu totul nouă, iar femeia, chiar dacă nu mai suferea de dureri de cap, era acum disperată și îngrozită. Citise pe internet, inevitabil, și acum credea că are o bombă cu ceas în cap, care era pe punctul de a exploda în orice minut. Așteptase mai multe săptămâni până să ajungă la mine.

I-am arătat angiograma pe calculatorul de pe biroul din fața noastră. I-am explicat că anevrismul era foarte mic și că s-ar putea foarte bine să nu se rupă niciodată. Cele mari sunt periculoase și în mod clar trebuie tratate, am spus. I-am spus că riscurile operației erau probabil în mare măsură aceleași ca și riscul de a avea un atac cerebral în urma ruperii anevrismului.

„Este necesară operația?“, a întrebat.

I-am spus că singurul tratament în cazul ei era operația. Problema era să știm dacă să o facem sau nu.

„Care sunt riscurile operației?“ A început să plângă când i-am spus că exista o posibilitate de 4 până la 5% să moară sau să rămână infirmă în urma operației.

„Și dacă nu mă operez?“, a întrebat printre lacrimi.

„Ei bine, ați putea muri de bătrânețe, fără ca anevrismul să se fi rupt.“

„Se spune că sunteți unul dintre cei mai buni neurochirurgi din țară“, a spus, cu încrederea naivă pe care pacienții anxioși o folosesc pentru a le fi mai puțin frică.

„Ei, nu sunt. Dar în mod sigur am foarte multă experiență. Tot ce pot face este să-ți promit că îmi voi da toată silința. Nu am să neg faptul că sunt complet responsabil pentru ceea ce ți se întâmplă, dar mă tem că e decizia ta dacă să te operezi sau nu. Dacă aș ști ce să faci, crede-mă că ți-aș spune.“

„Ce ați face dacă ați fi în situația mea?“

Am ezitat, dar fapt este că la vârsta de 61 de ani, trecusem bine de data de expirare și știam că deja trăisem cea mai mare parte a vieții mele. Pe lângă asta, diferența dintre vârstele noastre însemna că eu aveam mai puțini ani de viață în față, așa că riscul pe toată viața ca anevrismul să se rupă, în cazul în care nu era operat, ar fi mult mai scăzut în cazul meu, iar riscul relativ al operației ar fi comparativ mai mare.

„Nu aș opera anevrismul“, am spus, „deși mi-ar fi foarte greu să uit de el“.

„Doresc operația“, a zis ea. „Nu vreau să trăiesc cu chestia asta în cap“, arătând categoric spre capul ei.

„Nu trebuie să decideți acum. Mergeți acasă și discutați cu familia.“

„Nu, am hotărât.“

O vreme nu am spus nimic. Nu eram deloc sigur că ascultase cu adevărat ceea ce-i spusesem despre riscurile operației. Mă îndoiam că dacă aș lua-o de la capăt cu explicația, aș realiza mare lucru, așa că am pornit amândoi pe coridoarele spitalului, pentru a ajunge la biroul secretarei mele și a stabili data operației.

Într-o duminică seara, trei săptămâni mai târziu, intram în spital târșâindu-mi picioarele, ca de obicei, ducându-mă să-i văd pe ea și pe ceilalți pacienți care urmau să fie operați a doua zi. Am venit la spital fără tragere de inimă, iritat și neliniștit, pentru că mare parte din zi nu mă gândisem decât că aveam să dau ochii cu acea femeie și că aveam să mă confrunt cu teama ei.

În fiecare duminică seara, pedalez către spital plin de presimțiri rele. Este un sentiment care pare să fie generat de simpla trecere de

la a mă afla acasă la a mă afla la lucru, indiferent de dificultatea cazurilor care mă așteaptă. Vizita din seara aceasta este un ritual pe care l-am făcut mulți ani la rând și totuși, oricât aș încerca, nu mă pot obișnui cu el și nu pot scăpa de teama și îngrijorarea după-amiezelor de duminică – aproape un sentiment de osândă – în timp ce pedalez pe străduțele dosnice liniștite. Totuși, după ce am văzut pacienții și am vorbit cu ei și am discutat împreună ce urmează să li se întâmple în ziua următoare, teama mă părăsește și mă întorc acasă destul de mulțumit, pregătit pentru operațiile de a doua zi.

Am găsit-o într-unul din saloanele aglomerate ale secției de femei. Sperasem ca soțul ei să fie cu ea, ca să pot discuta cu amândoi, dar mi-a spus că plecase deja, deoarece copiii lor erau acasă. Am discutat despre operație câteva minute. Decizia fusese luată, așa că nu am mai simțit nevoia de a sublinia riscurile, cum făcusem la policlinică, deși tot a trebuit să le menționez atunci când i-am dat să semneze formularele complicate de consimțământ.

„Sper să reușești să dormi puțin“, am spus. „Îți promit că eu, unul, voi dormi, ceea ce este mai important în situația de față.“ A zâmbit la gluma mea – o glumă pe care o fac cu toți pacienții atunci când îi văd cu o noapte înaintea operației. Probabil știa deja că ultimul lucru de care ai parte în spital este pacea, odihna sau liniștea, în special dacă urmează să fii operat pe creier a doua zi dimineața.

I-am văzut pe ceilalți doi pacienți care erau pe lista de intervenții chirurgicale și am trecut în revistă împreună detaliile operației. Au semnat formularele de consimțământ și, în timp ce făceau acest lucru, amândoi mi-au spus câtă încredere aveau în mine. Anxietatea poate fi contagioasă, dar și încrederea este contagioasă și, în timp ce mă îndreptam către parcarea spitalului, m-am simțit încurajat de încrederea pacienților mei. M-am simțit ca un căpitan de vapor – totul era în ordine, totul era pus la punct, iar punțile erau eliberate în vederea acțiunii, gata pentru lista de operații de a doua zi. Jucându-mă cu aceste metafore nautice fericite în timp ce părăseam spitalul, m-am dus acasă.

După ședința de dimineață, m-am dus în sala de anestezie, unde pacienta era întinsă pe un pat mobil, așteptând să fie anesteziată.

„Bună dimineața“, am spus, încercând să par binedispus. „Ați dormit bine?“

„Da“, a răspuns calm. „Am avut o noapte foarte odihnitoare.“

„Totul va fi bine“, am spus.

Nu puteam decât să mă întreb încă o dată dacă își dădea seama cu adevărat de riscurile la care avea să fie, în scurt timp, expusă. Poate era foarte curajoasă, poate naivă, poate nu asimilase încă ceea ce-i spusesem.

În vestiar, m-am dezbrăcat și mi-am pus costumul de chirurgie. Unul dintre colegii mei specialiști se schimba și el și l-am întrebat ce opera în acea zi.

„A, doar câteva operații la spate“, a spus. „Tu ai anevrismul?“

„Problema cu anevrismul nerupt“, am spus, „este că dacă pacientul se trezește infirm, numai tu ești vinovat. El este într-o stare perfectă înainte de operație. Cel puțin în cazul celor rupte, este adesea deja infirm de la prima hemoragie“.

„Adevărat. Dar cele nerupte sunt de obicei mult mai ușor de prins în clips.“

Am intrat în blocul operator, unde Jeff, rezidentul meu, așeza femeia pe masa de operație. Secția mea este deosebită în sensul că avem chirurgi americani veniți prin programul de specializare în neurochirurgie al celor din Seattle și care se specializează cu noi timp de câte un an. Jeff era unul dintre aceștia și, așa cum se întâmpla în majoritatea cazurilor, era eminent. Îi fixa capul de masă – se introduc trei pivoți, prinși de un cadru articulat, prin scalp în craniu, pentru a menține capul pacientului imobil.

Îi promisesem să-i rad cât se poate de puțin păr și Jeff a început să-i radă părul de pe frunte. Nu există nici o dovadă că rasul complet al capului, pe care-l practicam în trecut și care îi făcea pe pacienți să arate ca pușcăriașii, avea vreun efect asupra ratei infecțiilor – dat fiind că acesta fusese motivul de suprafață al raderii totale. Bănuiesc că motivul real – deși inconștient – era că dezumanizarea pacienților îi ajuta pe chirurgi să opereze mai ușor.

După ce s-a terminat rasul minim al capului, ne ducem la lavoarul chirurgical și ne spălăm pe mâini, iar apoi, cu mănușile, masca și halatul puse, ne întoarcem la masă, ca să începem operația. Primele

aproximativ zece minute trec în timp ce pictez cu antiseptic capul pacientei, o acopăr cu câmpuri sterile așa încât să văd numai zona de operat, și pregătesc, împreună cu asistentul medical de sală, echipamentul și instrumentele chirurgicale.

„Bisturiu“, îi spun lui Irwing, asistentul medical de sală. „Încep“, îi strig anestezistului de la celălalt capăt al mesei, și îi dăm drumul.

După 30 de minute de lucrat cu burghie și freze acționate cu aer comprimat, craniul femeii este deschis, iar marginile neregulate ale oaselor de pe interiorul craniului sunt polizate cu osteotomul.

„Luminile la o parte, microscopul la mine și scaunul chirurgical!“, strig, atât din cauza stării de excitare, cât și ca să mă fac auzit peste huruitul, șuieratul și bâzâitul echipamentelor și al mașinilor din sala de operație.

Microscoapele chirurgicale moderne sunt lucruri minunate, iar eu țin foarte mult la cel pe care îl folosesc, așa cum oricare meseriaș adevărat ține la uneltele sale. A costat peste o sută de mii de lire și, deși cântărește un sfert de tonă, este perfect echilibrat. Odată montat, se apleacă asupra capului pacientului ca o macara curioasă, gânditoare. Capul binocular, prin care mă uit în creierul pacientului, plutește ușor ca o pană pe brațul său contrabalansat din fața mea, iar cea mai ușoară atingere a degetului meu pe butoane îl mișcă. Nu numai că mărește, dar și luminează, cu o lampă cu xenon, la fel de strălucitoare ca lumina soarelui.

Doi asistenți medicali de bloc operator, aplecați din cauza efortului, împing încet microscopul până deasupra mesei, iar eu mă urc în scaunul chirurgical din spatele acestuia – un scaun cu reglare specială și cu brațe. Momentul acesta mă copleșește încă și acum. Nu am pierdut încă entuziasmul naiv cu care am urmărit prima operație de anevrism, cu 30 de ani în urmă. Mă simt ca un cavaler medieval care încalecă pe calul său și pornește în urmărirea unui animal mitologic. Iar imaginea prin microscop a creierului pacientului este într-adevăr cumva magică – mai clară, mai precisă și mai strălucitoare decât lumea de afară, o lume cu culri mohorâte de spital și cu comitete, management, birocrație și protocoale. Sistemul optic extrem de scump al microscopului produce o senzație extraordinară de adâncime și claritate, care devin și mai intense și misterioase din

cauza anxietății mele. Este o perspectivă foarte privată, și deși echipa chirurgicală este în jurul meu, urmărind cum operez pe un monitor video conectat la microscop, și deși asistentul meu este alături, privind de-a lungul unui braț lateral al microscopului, și în ciuda tuturor posterelor de pe culoarele spitalului despre ceva numit guvernanță clinică, proclamând importanța muncii în echipă și a comunicării, pentru mine aceasta este în continuare o luptă individuală.

„Ei, Jeff, hai să începem. Și dă-mi un retractor“, adaug, adresându-mă lui Irwin.

Aleg unul dintre retractoare – o fâșie subțire de oțel flexibil cu un capăt rotunjit, ca un băț de înghețată – și îl pun sub lobul frontal al creierului femeii. Încep să trag creierul în sus – *elevare* este termenul chirurgical potrivit – milimetru precaut cu milimetru precaut, creând un spațiu îngust sub creier, de-a lungul căruia acum înaintez încet către anevrism. După atâția ani în care am operat cu microscopul, acesta a devenit o extensie a propriului meu corp. Când îl folosesc, am senzația că de fapt cobor de pe microscop în capul pacientului, iar vârfurile instrumentelor mele microscopice par a fi vârfurile propriilor mele degete.

Îi arăt artera carotidă lui Jeff și îi cer lui Irwin foarfecele microscopice. Tai cu atenție vălul ca de borangic al arahnoidei din jurul marii artere, care ține în viață jumătate din creier.

„Ce imagine fantastică!“, spune Jeff. Și așa și este, pentru că operăm un anevrism înaintea unei rupturi dezastruoase, iar anatomia cerebrală este curată și perfectă.

„Să mai luăm încă un retractor“, spun.

Înarmat acum cu două retractoare, încep să ridic și să desfac lobul frontal de cel temporal. Sunt ținuți împreună de un strat fin de meninge, care se numește arahnoidă, după cuvântul care în limba greacă înseamnă păianjen, pentru că arată ca și cum ar fi făcut din firele celei mai fine pânze de păianjen. Lichidul cerebrospinal, cunoscut de doctori sub denumirea de LCS, limpede ca un cristal lichid, circulând printre firișoarele arahnoidei, scânteiază și strălucește ca argintul în lumina microscopului. Prin acesta pot vedea suprafața galbenă și netedă a creierului însuși, gravat cu minuscule

vase roșii de sânge – arteriole – care formează brațe frumoase, ca afluenții unui râu văzuți din spațiu. Vene strălucitoare, de culoare roșu-închis, trec printre cei doi lobi, ducând în jos, către artera cerebrală medie și, în cele din urmă, acolo unde voi găsi anevrismul.

„Extraordinar!“, spune Jeff încă o dată.

„Înainte se spunea despre LCS că este «limpede ca ginul», atunci când nu era nici urmă de sânge sau de infecție în el“, îi spun lui Jeff. „Dar probabil că acum trebuie să folosim o terminologie fără referiri la alcool.“

În scurt timp, găsesc artera cerebrală medie dreapta. Deși în realitate are numai câțiva milimetri în diametru, microscopul o face să pară uriașă și amenințătoare – un trunchi mare, roz-roșu al unei artere care pulsează amenințător în ritmul bătăilor inimii. Trebuie să o urmăresc adânc în fanta – cunoscută sub denumirea de fisură sylviană – dintre cei doi lobi ai creierului , pentru a găsi anevrismul în ascunzișul său, unde crește din trunchiul arterial. În cazul anevrismelor rupte, această disecție a arterei cerebrale medii poate fi o operație lentă și chinuitoare, pentru că hemoragia recentă face adesea ca laturile celor doi lobi să fie lipiți. Disecarea acestora este dificilă și complexă, existând întotdeauna teama că anevrismul se va rupe din nou în timp ce faci acest lucru.

Separ cei doi lobi ai creierului, trăgându-i ușor în direcții opuse, tăind firele microscopice ale arahnoidei care îi ține laolaltă cu o pereche de foarfece microscopice într-o mână, îndepărtând în același timp lichidul spinal și sângele cu un mic aspirator, ca să am vizibilitate bună. Creierul este o masă de vase de sânge și trebuie să încerc să evit ruperea numeroaselor vene și artere minuscule, atât pentru a împiedica sângerarea să îmi afecteze vizibilitatea, cât și de teama de a nu afecta alimentarea cu sânge a creierului. Uneori, dacă disecția este deosebit de dificilă și intensă, sau periculoasă, mă opresc puțin, îmi odihnesc mâinile pe brațele scaunului și mă uit la creierul pe care îl operez. Oare gândurile care îmi vin în minte în timp ce mă uit la această masă solidă de proteină grasă, învelită în vase de sânge, sunt făcute din același material? Și răspunsul vine întotdeauna – da, sunt – și însuși gândul acesta este prea nebunesc, prea de neînțeles, și îmi continui operația.

Astăzi, disecția este ușoară. Este ca și cum creierul s-ar desface singur la fermoar, și este nevoie doar de o manevrare minimă din partea mea pentru ca lobii temporal și frontal să se despartă repede, așa încât în câteva minute ajungem să privim anevrismul, în întregime eliberat de creierul și de venele de culoare roșu-închis care îl înconjoară, sclipind în lumina strălucitoare a microscopului.

„Așa. Pur și simplu cere să fie prins în clips, nu-i așa?“, îi spun lui Jeff, dintr-odată vesel și relaxat. Cel mai mare risc a trecut acum. La acest gen de chirurgie, dacă anevrismul se rupe înainte să ajungi la el, se poate dovedi foarte greu să controlezi sângerarea. Creierul se inflamează brusc și sângele arterial țâșnește în sus, transformând locul operației într-o bulboană care se mărește rapid, cu vârtejuri furioase de sânge roșu, prin care te chinui cu disperare să ajungi la anevrism. Văzând acest lucru mărit imens prin microscop, ai senzația că te îneci în sânge. Un sfert din sângele de la inimă merge la creier – un pacient poate pierde câțiva litri de sânge în câteva minute, dacă nu controlezi rapid sângerarea. Sunt puțini pacienții care supraviețuiesc dezastrului rupturii premature.

„Să vedem clipsurile“, spun.

Irwin îmi dă tava din metal cu clipsurile strălucitoare din titaniu. Sunt de toate formele și mărimile, tot așa cum și anevrismele sunt de toate formele și dimensiunile. Mă uit la anevrism prin microscop, apoi la clipsuri, apoi din nou la anevrism.

„Șase milimetri, cu unghi drept scurt“, îi spun.

Alege clipsul și îl încarcă în aplicator. Aplicatorul constă dintr-un instrument simplu, cu un mâner format din două resorturi cu lamă curbată, unite la capăt. După ce clipsul a fost încărcat în vârful instrumentului, nu-ți mai rămâne de făcut decât să strângi resorturile mânerului pentru a deschide lamele clipsului, să poziționezi atent lamele deschise pe gâtul anevrismului și apoi să lași resorturile să se îndepărteze încet în mâna ta, astfel încât lamele clipsului să se închidă în jurul anevrismului, izolându-l complet de artera din care a crescut, astfel încât sângele să nu mai ajungă la el. Lăsând resorturile mânerului să se separe și mai mult, clipsul este eliberat din aplicator, care poate fi apoi retras, lăsând clipsul fixat în jurul anevrismului pentru tot restul vieții pacientului.

Aceasta, cel puțin, este ceea ce ar trebui să se întâmple și s-a întâmplat întotdeauna, la sutele de operații similare pe care le-am făcut în trecut.

Cum pare a fi un anevrism simplu de prins în clips, îl las pe Jeff să preia și cobor de pe scaunul chirurgical ca să îi las lui locul. Asistenții mei sunt cu toții la fel de sensibili la cântecul de sirenă al anevrismului ca și mine. Își doresc foarte mult să le opereze, dar faptul că majoritatea anevrismelor sunt acum embolizate endoscopic mai curând decât prinse în clipsuri înseamnă că nu mai este posibil să-i pregătesc cum trebuie și că pot numai să le dau părțile cele mai simple și mai ușoare ale operațiilor ocazionale pe care le fac, sub supraveghere foarte strânsă.

După ce Jeff s-a instalat, asistentul medical îi dă aplicatorul încărcat, iar el îl apropie cu mare atenție de anevrism. Nu pare să se întâmple cine știe ce și, prin brațul microscopului rezidentului meu, urmăresc cu emoție clipsul care oscilează nesigur în jurul anevrismului. Este de o sută de ori mai greu și mai stresant să pregătești un chirurg începător decât să operezi tu însuți.

După o vreme – probabil numai câteva secunde, deși eu am impresia că a trecut mult mai mult de-atât – nu mai pot să suport.

„Bâjbâi. Îmi pare rău, dar trebuie să preiau.“

Jeff nu spune nimic și coboară de pe scaun – ar fi de-a dreptul o dovadă de nesăbuință ca un stagiar care se specializează în chirurgie să se plângă superiorului, în special într-un moment ca acesta – și facem din nou schimb de locuri.

Iau aplicatorul și îl pun pe anevrism, strângând resorturile mânerului. Nu se întâmplă nimic.

„Ce dracu, nu se deschide clipsul!“

„Aceasta a fost problema pe care am avut-o și eu“, spune Jeff, cu o voce puțin mâhnită.

„Fir-ar al dracului! Păi dă-mi alt aplicator.“

De data aceasta deschid ușor clipsul și trec lamele peste anevrism. Deschid mâna și lamele se închid, prinzând frumos anevrismul. Înfrânt, anevrismul se contractă pentru că acum nu se mai umple cu sânge arterial cu presiune mare. Oftez adânc – întotdeauna fac așa când anevrismul este în sfârșit rezolvat. Dar, spre groaza mea, constat

că acest al doilea aplicator are un defect și mai mortal decât primul: după ce a închis clipsul în jurul anevrismului, aplicatorul refuză să-i dea drumul. Nu-mi pot mișca mâna, de teamă să nu rup minusculul și fragilul anevrism din artera cerebrală medie și să produc o hemoragie fatală. Stau acolo nemișcat, cu mâna înghețată în spațiu. Dacă un anevrism este rupt de pe artera pe care s-a format, de obicei poți opri sângerarea numai sacrificând artera, ceea ce va duce la un atac cerebral major.

Înjur de toți sfinții, încercând să-mi țin mâna nemișcată.

„Și ce mă-sa fac eu acum?“, strig, fără să mă adresez cuiva anume. După câteva secunde – care par minute – îmi dau seama că nu am altă soluție decât să scot clipsul, în ciuda riscului de a rupe anevrismul. Strâng din nou mânerul aplicatorului și, spre ușurarea mea, lamele clipsului se deschid ușor. Anevrismul se umflă brusc și revine la viață, umplându-se instantaneu cu sânge arterial. Am senzația că râde de mine și că e pe punctul de a se rupe, dar nu s-a întâmplat așa. Mă trântesc cu spatele de spătar, înjurând și mai și, apoi azvârl instrumentul vinovat în partea cealaltă a sălii.

„Nu s-a mai întâmplat niciodată așa ceva!“, urlu, dar apoi, calmându-mă repede, îi spun râzând lui Irwin: „Și este numai a treia oară din cariera mea când arunc un instrument de pereți“.

Trebuie să aștept câteva minute, până când se caută încă un aplicator. Cele defecte, dintr-un motiv ciudat, s-au dovedit a avea balamalele rigide. Abia mai târziu mi-am amintit că acel chirurg pe care îl privisem cu 30 de ani în urmă și al cărui stagiar am devenit îmi spusese că se întâlnise la un moment dat cu aceeași problemă, dar pacientul său fusese mai puțin norocos decât al meu. Era singurul chirurg pe care îl cunoșteam care verifica întotdeauna aplicatorul înainte de a-l folosi.

Medicilor le place să vorbească despre „arta și știința“ medicinei. Mie mi s-a părut întotdeauna că asta sună cam pretențios și prefer să consider ceea ce fac drept un meșteșug practic. Prinderea în clipsuri a anevrismelor este un meșteșug, unul a cărui deprindere necesită ani întregi. Chiar când anevrismul este expus și pregătit pentru a i se pune clipsul, după toată acea febră a urmăririi, rămâne încă întrebarea critică privind modul în care pui clipsul în jurul

anevrismului, și întrebarea esențială – dacă ai prins complet în clips gâtul anevrismului fără să lezezi artera vitală din care a crescut acesta.

Anevrismul acesta arată relativ ușor, dar nervii mei sunt prea întinși pentru a-mi lăsa rezidentul să preia din nou sarcina și astfel, cu un al treilea aplicator, prind în clips anevrismul. Cu toate acestea, forma acestui anevrism este de așa natură încât clipsul nu trece complet peste gâtul său – văd o mică parte a gâtului anevrismului iținduse după vârfurile clipsului.

„Nu l-a cuprins complet“, spune Jeff îndatoritor.

„Știu!“, îi trântesc sec.

E o parte delicată a operației. Pot deschide puțin clipsul ca să-l repoziționez mai bine, dar aș putea astfel să rup anevrismul și să văd o fântână arteziană de sânge arterial repezindu-se prin microscop către mine. Pe de altă parte, dacă gâtul anevrismului nu este complet blocat, există un oarecare pericol – deși e greu de spus cât de mare – ca pacientul să sufere până la urmă o hemoragie în viitor.

Un renumit chirurg englez a remarcat odată că un chirurg trebuie să aibă nervi de oțel, inimă de leu și mâini de femeie. Eu nu am nimic din toate acestea și, în acest punct al operației de anevrism, trebuie să fac un efort pentru a-mi stăpâni dorința copleșitoare de a termina odată cu operația aceasta și de a lăsa clipsul unde e, chiar dacă nu este chiar perfect plasat.

„Mai binele este dușmanul binelui“, le mormăi rezidenților care mă asistă la operații, pentru care operația este un sport ce merită privit. Le face o anumită plăcere să sublinieze că nu am clipsat anevrismul la fel de bine cum aș fi putut, din moment ce nu ei vor trebui să se confrunte cu consecințele unei eventuale ruperi a anevrismului. Iar dacă se întâmplă așa ceva, întotdeauna este palpitant să-și vadă șeful luptându-se cu o hemoragie torențială – mie, personal, în mod sigur mi-a plăcut când eram stagiar. Și apoi, ei nu vor fi obligați să trăiască iadul de a-și vedea pacientul invalid la vizita pe secție și de a se simți răspunzători pentru catastrofă.

„O, foarte bine“, spun, simțindu-mă rușinat în fața celui care mă asistă, dar gândindu-mă totodată la sutele de anevrisme pe care le-am prins în trecut în clipsuri și la faptul că, la fel ca majoritatea

chirurgilor, am devenit mai curajos pe măsură ce am căpătat experiență. Chirurgii fără experiență sunt prea precauți – numai cu o practică nesfârșită ajungi să înveți că poți adesea să reușești lucruri care la început păreau prea înfricoșătoare și dificile.

Am deschis cu precauție clipsul puțin și l-am împins ușor mai adânc, pe gâtul anevrismului.

„Tot a mai rămas puțin în afară“, spune Jeff.

Uneori, în astfel de momente, dezastrele trecute ale operațiilor de anevrism îmi defilează prin fața ochilor, ca niște fantome. Fețe, nume, rude nefericite pe care le uitasem cu ani în urmă, reapar brusc. Luptându-mă cu impulsul de a termina operația și de a scăpa de teama de a nu produce o hemoragie fatală, decid într-un oarecare loc inconștient dinăuntrul meu, unde s-au adunat toate fantomele ca să mă privească, dacă să repoziționez clipsul încă o dată sau nu. Compasiunea și oroarea sunt puse în balanță cu o precizie rece, tehnică.

Repoziționez clipsul pentru a treia oară. În sfârșit arată bine plasat.

„Asta e“, spun.

„Extraordinar!“, spune Jeff cu bucurie, dar trist pentru că nu a pus el însuși clipsul.

L-am lăsat pe Jeff să închidă, m-am retras în camera de odihnă de lângă sala de operații și m-am întins pe canapeaua mare de piele roșie pe care o adusesem cu niște ani în urmă, gândindu-mă, încă o dată, în ce măsură ceea ce ni se întâmplă în viață este determinat de întâmplare. După operația pe creier, toți pacienții sunt treziți repede de anestezist, ca să putem vedea dacă au suferit vreo leziune. În cazul operațiilor dificile, toți neurochirurgii așteaptă cu nerăbdare să treacă efectul anesteziei, chiar dacă – așa cum a fost în cazul acestei operații – este cât se poate de sigur că nu s-a întâmplat nimic rău. Pacienta s-a trezit perfect și, după ce am văzut-o, am plecat de la spital și m-am dus acasă.

Mergând cu bicicleta către casă, cu norii întunecați și gri deasupra capului, poate că am simțit doar puțin din bucuria pe care o simțeam de obicei, în trecut, după operațiile reușite de anevrism. Când eram mai tânăr, simțeam o intensă stare de euforie la sfârșitul unei zile de

operații reușite. În timp ce făceam vizita pe secție după o listă de operații, împreună cu rezidenții care mă asistaseră, și primeam recunoștința din inimă a pacienților și a familiilor acestora, mă simțeam ca un general după ce câștigă o bătălie grea. Au fost prea multe dezastre și tragedii neașteptate în cursul anilor, și am făcut prea multe greșeli ca să mai trăiesc astfel de sentimente acum, dar tot mă simțeam mulțumit de felul în care decursese operația. Evitasem dezastrul, iar pacienta se simțea bine. Era un sentiment profund, pe care bănuiesc că nu ajung să-l trăiască vreodată decât puține alte persoane în afara chirurgilor. Cercetările psihologice au demonstrat că cea mai sigură cale către fericirea personală este să-i faci fericiți pe ceilalți. I-am făcut pe mulți pacienți foarte fericiți cu operații reușite, dar au fost și multe eșecuri groaznice, iar viețile majorității chirurgilor sunt punctate de perioade de profundă disperare.

M-am întors la spital în acea seară să văd pacienta. Stătea în capul oaselor în pat, având ditamai ochiul vânăt și fruntea umflată, așa cum li se întâmplă multor pacienți, timp de câteva zile, după o operație ca a ei. Mi-a spus că-i era greață și o durea capul. Soțul ei îi stătea alături și s-a uitat furios la mine când a văzut că ignor vânătăile și durerile postoperatorii. Poate că ar fi trebuit să arăt mai multă compasiune, dar după dezastrul care se putea întâmpla, mi s-a părut greu să iau în serios problemele ei postoperatorii minore. I-am spus că operația fusese un succes total și că în curând avea să se simtă mai bine. Nu avusesem ocazia să vorbesc cu soțul ei înainte de operație – un lucru pe care de obicei am mare grijă să-l fac cu rudele – și probabil că evaluase riscurile operației chiar mai puțin decât o făcuse soția sa.

Noi, chirurgii, am realizat maximum din ce se putea atunci când pacienții noștri se refac complet și ne uită la fel de complet. Toți pacienții sunt extraordinar de recunoscători la început, după o operație reușită, dar dacă recunoștința persistă, înseamnă de obicei că nu au fost vindecați de problema de bază și că se tem că s-ar putea să mai aibă nevoie de noi în viitor. Simt că trebuie să ne împace, ca și cum am fi zei furioși sau cel puțin reprezentanți ai unei sorți impredictibile. Ne aduc cadouri și ne trimit felicitări. Ne numesc eroi și uneori zei. Totuși, se poate spune că am avut cea mai mare reușită

atunci când pacienții noștri se întorc acasă și-și văd de viețile lor și nu mai au niciodată nevoie să ne vadă. Sunt recunoscători, fără îndoială, dar fericiți să ne lase în urmă, și pe noi, și oroarea bolii lor. Poate că nu realizează niciodată cât de periculoasă a fost operația și cât de norocoși au fost să se refacă atât de bine. În timp ce chirurgul, pentru o vreme, cunoaște raiul, după ce s-a apropiat foarte tare de iad.

3. Hemangioblastom

subst. *tumoare a creierului sau a măduvei spinării, formată la nivelul vaselor de sânge.*

Am ajuns la lucru simțindu-mă vesel. Pe listă era un hemangioblastom cerebelar solid. Acestea sunt tumori formate dintr-o masă de vase de sânge. Sunt benigne – ceea ce înseamnă că pot fi tratate chirurgical –, dar se dovedesc fatale dacă nu sunt tratate. Există un risc mic de eșec în cazul chirurgiei, pentru că masa de vase de sânge poate produce hemoragie letală dacă nu abordez tumoarea corect, dar șansele de succes sunt mult mai mari. E genul de operație pe care neurochirurgii îl adoră – o provocare tehnică, cu un pacient profund recunoscător la sfârșitul ei, dacă totul merge bine.

Văzusem pacientul la cabinetul meu din policlinică, cu câteva zile în urmă. Suferise de dureri de cap severe în ultimele câteva luni. Era un contabil de 40 de ani, cu un păr bogat și cârlionțat și cu o figură puțin roșie, care îl făcea să arate permanent jenat. În timp ce vorbeam, m-am simțit stânjenit la rândul meu și m-am intimidat eu însumi pe măsură ce încercam să-i explic gravitatea bolii de care suferea. De abia mai târziu am realizat că avea fața roșie pentru că suferea de policitemie – avea mai multe celule sangvine roșii în sânge decât era normal, pentru că tumoarea pe care o avea poate stimula măduva spinării să producă celule roșii în exces.

„Doriți să vedeți tomografia creierului?“, l-am întrebat, cum îi întreb pe toți pacienții mei.

„Da…“, a răspuns, puțin nehotărât. Tomografia făcea tumoarea să arate ca și cum ar fi fost plină de șerpi negri – „absență a fluxului“ – produși de sângele care alerga prin vasele de sânge afectate. Le-am privit pe clișeu cu entuziasm, pentru că acestea însemnau că aveam în perspectivă o operație interesantă. Pacientul meu se uita precaut la ecranul calculatorului din fața noastră, în timp ce îi explicam ce se vedea pe tomografie și discutam cu el despre simptomele pe care le avea.

„N-am avut niciodată o boală gravă“, a spus nefericit. „Și acum, asta.“

„Sunt aproape sigur că este benignă“, i-am spus. Multe tumori ale creierului sunt maligne și incurabile și adeseori, atunci când vorbesc cu pacienții cu tumori cerebrale, trebuie să-mi înving instinctul de a încerca să-i consolez și să-i liniștesc – în câteva rânduri nu mi-a reușit lucrul acesta, și am regretat amarnic faptul de a fi fost prea optimist înaintea unei operații. I-am spus că dacă eu credeam că e benignă, înseamnă că aproape sigur așa era. Apoi i-am prezentat discursul meu standard despre riscurile operației și despre cum trebuiau să fie justificate de riscurile pe care le presupunea faptul de a nu face nimic în privința tumorii. I-am spus că avea să moară în câteva luni dacă nu extirpam tumoarea.

„Consimțământ informat“ sună atât de ușor în principiu – chirurgul explică raportul dintre riscuri și beneficii, iar pacientul, calm și rațional, decide ce anume dorește –, ca și cum te-ai duce la magazin și ai alege dintr-o ofertă variată de periuțe de dinți. Realitatea este foarte diferită. Pacienții sunt în același timp îngroziți și neștiutori. Cum să-și dea ei seama dacă respectivul chirurg este competent sau nu? Vor încerca să-și depășească teama, învestindu-l pe chirurg cu abilități de supraom. I-am spus că exista un risc de 1 sau 2% de a muri sau de a face un atac cerebral, dacă operația nu decurgea bine. În realitate, nu știam cifra exactă, pentru că operasem numai câteva tumori ca a lui – cele așa de mari sunt foarte rare –, dar nu-mi place să-i terorizez pe pacienți când știu că trebuie să se opereze. Ceea ce știam sigur era că riscul operației era de multe ori mai mic decât riscul de a nu opera. Tot ceea ce contează cu adevărat este că sunt cât se poate de sigur că decizia de a opera este corectă și că nici un alt

chirurg nu poate face operația mai bine decât mine. Aceasta nu mai este o problemă pentru mine acum, după ce am operat tumori cerebrale timp de mulți ani, dar poate fi o dilemă morală pentru un chirurg mai tânăr. Dacă nu preiau cazuri dificile, cum vor ajunge să se perfecționeze? Dar dacă au un coleg cu mai multă experiență?

Dacă pacienții ar gândi rațional, l-ar întreba pe chirurgul lor câte operații de genul celei pentru care li se cere consimțământul au făcut până atunci, dar, din experiența mea, lucrul acesta se întâmplă foarte rar. Este înspăimântător să te gândești că e posibil ca chirurgul tău să nu fie la înălțime, și este mult mai ușor să ai pur și simplu încredere în el. Când suntem pacienți, evităm cât se poate de mult să-l jignim pe chirurgul care urmează să ne opereze. Fiind eu însumi pacient, am constatat că eram cuprins de admirație față de colegii care trebuiau să mă trateze, deși știam că ei, la rândul lor, erau speriați de mine, pentru că obișnuitele scuturi ale detașării profesionale dispar când tratezi un coleg. Nu este de mirare că toți chirurgii detestă să opereze chirurgi.

Pacientul meu mă asculta în tăcere când îi spuneam că dacă aș opera o sută de oameni cu diagnosticul lui, unul sau doi ar muri sau ar părăsi spitalul infirmi.

A dat din cap și a spus ceea ce aproape toată lumea îmi răspunde la asta: „Mă rog, toate operațiile presupun riscuri“.

Oare ar fi ales să nu facă operația dacă i-aș fi spus că riscul era de 5% sau de 15%? Ar fi preferat să găsească alt chirurg, care ar fi dat un prognostic mai bun? Ar fi făcut o altă alegere dacă nu aș fi glumit deloc, sau dacă nu aș fi zâmbit?

L-am întrebat dacă are întrebări și a clătinat din cap. Luând pixul pe care i-l oferisem, a semnat formularul lung și complicat, tipărit pe hârtie galbenă și care avea câteva pagini, cu o secțiune specială privind donarea legală a organelor. Nu a citit-o – nu am văzut pe nimeni care s-o facă. I-am spus că va fi internat în vederea operării lunea următoare.

„Ați trimis după pacient?“, am întrebat.

„Nu“, a spus U-Nok, asistenta anestezistului. „Nu avem sânge.“

„Dar pacientul este în clădire de două zile deja“, am spus.

U-Nok, o coreeană minunată, a zâmbit în chip de scuză, fără să răspundă nimic.

„Mostrele de sânge au trebuit să fie trimise din nou, azi la șase dimineața“, a spus anestezista intrând în încăpere. „A trebuit să se trimită probele din nou, pentru că probele de sânge de ieri erau pe vechiul sistem EPR, care nu mai funcționează din cauza noului sistem computerizat al spitalului, lansat astăzi. Se pare că pacientul are acum un alt număr și nu reușim să găsim rezultatele tuturor testelor de sânge trimise ieri.“

„Când pot începe?“, am întrebat, necăjit că eram ținut pe loc când aveam de făcut o operație periculoasă și grea. Începerea la timp, cu totul pus la punct și cu câmpurile chirurgicale așezate exact cum trebuie, cu instrumentele aliniate în chip ordonat, reprezintă un mod important de a-ți calma tracul de scenă chirurgicală.

„Mai durează cel puțin câteva ore.“

Am spus că era un afiș la parter care spunea că iCLIP, noul sistem informatic, ar trebui să-i facă pe pacienți să aștepte doar câteva minute în plus.

Drept răspuns, anestezista a râs. Am ieșit din sală. Cu ani în urmă, aș fi ieșit ca o furtună, cerând să se ia măsuri, dar furia mea a ajuns să fie înlocuită de disperare fatalistă, pentru că fusesem obligat să-mi recunosc totala neputință – eram doar un medic ca atâția alții, care se confruntă cu un program informatic nou, într-un spital modern, uriaș.

I-am găsit pe stagiari în coridorul din fața blocului operator, stând în jurul biroului de la recepție, unde un tânăr era așezat în fața calculatorului recepționerei, cu un zâmbet stânjenit. Purta o vestă albă din plastic, pe care era ștampilat cu litere albastre prietenoase, și în față, și în spate, „Responsabil etaj iCLIP“.

M-am uitat întrebător la Fiona, rezidenta mea din ultimul an.

„L-am rugat să găsească rezultatele analizelor de sânge pentru pacientul cu tumoare cerebrală, dar nu reușește“, a spus.

„Cred că ar trebui să merg să-i cer scuze bietului pacient“, am spus oftând. Nu-mi place să vorbesc cu pacienții în dimineața operației. Prefer să nu mi se amintească de umanitatea lor și de temerile lor și nu vreau ca ei să bănuiască faptul că și eu am emoții.

„I-am spus eu deja“, a răspuns Fiona, spre ușurarea mea.

Am plecat de lângă stagiari și m-am întors în birou, unde secretarea mea, Gail, era împreună cu Julia, administratoarea paturilor, una dintre asistentele noastre principale, care are atribuția ingrată de a încerca să găsească paturi pentru pacienții noștri. Niciodată nu sunt suficiente paturi, așa că ea își petrece ziua de muncă la telefon, încercând cu disperare să convingă alți administratori de paturi din alte părți să facă schimb de pacienți sau să ia pacienți înapoi din secția de neurochirurgie, ca să mai putem interna unul nou.

„Uitați!“, a spus Gail. Mi-a arătat ecranul de bun venit pentru iCLIP, pe care îl deschisese. Am văzut nume bizare, ca, de exemplu, Eliberări morgă, Inversare decese sau Amendamente nașteri – fiecare având propriul mic icon colorat – clipind în trecere, pe măsură ce făcea scroll prin lunga listă.

„Trebuie să selectez din lista asta dementă, de fiecare dată când vreau să fac cel mai mic lucru!“, a spus Gail.

Am lăsat-o să se lupte cu ciudatul meniu de iconuri și m-am așezat la mine în birou și m-am ocupat de hârtii, până când mi s-a telefonat că pacientul ajunsese în cele din urmă în sala de anestezie.

Am mers la etaj, m-am schimbat și m-am alăturat Fionei în blocul operator. Pacientul, acum anesteziat și inconștient, a fost adus în sală, cu un mic grup de însoțitori format din doi anesteziști, doi brancardieri și U-Nok, asistenta anestezistului, care trăgeau după ei suporturi de perfuzie și echipament de monitorizare, împreună cu o încâlceală de tuburi și cabluri atârnând în spatele târgii mobile. Fața îi era acum ascunsă de fâșii late de plasturi aderenți, care îi protejau ochii și mențineau în poziție fixă tubul de gaz anestezic și firele de monitorizare a mușchilor faciali. Această metamorfoză a unei persoane în obiect este însoțită de o schimbare similară a stării mele de spirit. Teama a trecut și a fost înlocuită de o concentrare energică și fericită.

Cum tumoarea se afla la baza creierului pacientului și exista riscul unei pierderi serioase de sânge, am decis să fac operația în poziția numită destul de simplu poziția șezând. Capul pacientului inconștient este fixat pe tetiera cu priză osoasă care, la rândul ei, este legată de un eșafod metalic strălucitor, fixat pe masa de operație. Apoi masa se

desface în două, iar jumătatea ridicată este fixată cu balamale în sus, astfel încât pacientul să stea perfect drept. Aceasta ajută la reducerea pierderilor de sânge în timpul operației și îmbunătățește accesul la tumoare, dar implică și un mic risc de probleme anestezice, întrucât presiunea sângelui venos din capul pacientului în poziție șezând este sub presiunea atmosferică a camerei. Dacă chirurgul rupe o venă majoră, aerul poate fi aspirat în inimă, cu posibile consecințe foarte grave. Ca în toate operațiile, este o chestiune care ține de punerea în balanță a riscurilor, de tehnologia sofisticată, de experiență și competență și de noroc. Împreună cu anesteziștii, brancardierii de sală și U-Nok, Fiona și cu mine l-am așezat pe pacient în poziția dorită. A durat o jumătate de oră ca să ne asigurăm că forma sa inconștientă stătea drept în șezut, cu capul aplecat în față, că nu existau, pe brațe sau picioare, „puncte de presiune“ în care ar putea apărea leziuni de presiune, și că toate cablurile și firele și tuburile conectate la trupul său erau libere și nu se aflau sub tensiune.

„Așa, să ne apucăm de treabă“, am spus.

Operația a decurs perfect, aproape fără nici un fel de pierdere de sânge. În cazul unor astfel de tipuri de tumori, este singura dată din chirurgia tumorilor cerebrale când trebuie să îndepărtezi tumoarea „în bloc“ – într-o singură bucată – pentru că dacă intri în tumoare, instantaneu te trezești cu sângerare torențială. În cazul tuturor celorlalte tumori din chirurgia creierului, le „degroșezi“, prin aspirare sau prin tăierea porțiunii din interiorul tumorii, curățând de jur împrejur și adunând către centrul tumorii porțiunile tăiate, îndepărtându-le de creier și astfel reducând cât se poate de mult afectarea acestuia. Însă, în cazul hemangioblastoamelor, „formezi planul“ dintre tumoare și creier, creând o crăpătură îngustă, de câțiva milimetri, pe care o realizezi despărțind ușor creierul de suprafața tumorii. Coagulezi și tai numeroasele vase de sânge care trec de la creier la suprafața tumorii, încercând să nu vatămi creierul în cursul acestui proces. Toate acestea se fac cu un microscop care amplifică mult imaginea – deși vasele de sânge sunt foarte mici, ele pot sângera abundent. În fond, un sfert din sângele pompat în fiecare minut de către inimă merge la creier. Gândirea este un proces care presupune energie intensă.

Dacă totul decurge bine, tumoarea este în cele din urmă desprinsă de creier, iar chirurgul scoate tumoarea din craniul pacientului.

„A ieșit toată!“, strig triumfător către anestezistul de la celălalt capăt al mesei, și flutur în aer tumoreta plină de sânge, nu mai mare decât vârful degetului meu gros, agățată la capătul unei pense chirurgicale. Privind-o, n-ai fi zis că a meritat tot efortul și teama.

Ziua de operație odată încheiată, am mers să văd pacientul în sala de reanimare. Arăta deosebit de bine și perfect treaz. Soția sa stătea alături și amândoi și-au exprimat recunoștința profundă.

„Ei, am avut cu toții noroc“, le-am spus, deși probabil au crezut că era falsă modestie din partea mea, ceea ce bănuiesc că și era, în oarecare măsură.

La plecare, în timp ce-mi turnam conștiincios gel alcoolizat pe mâini, James, rezidentul de gardă pentru urgențe, a venit să mă caute.

„Cred că sunteți medicul specialist de gardă astăzi“, a spus.

„Cine, eu? În fine, despre ce este vorba?“

„Bărbat de 46 de ani, cu un cheag temporal dreapta cu extindere intraventriculară, la unul dintre spitalele municipale – pare să fie MAV subiacent. GCS cinci. Vorbea când a fost internat.“

MAV este o malformație arteriovenoasă, o anomalie congenitală, care constă dintr-o masă de vase de sânge ce pot – și uneori chiar o fac – produce hemoragii catastrofale. GCS este scala de comă Glasgow și o modalitate de a evalua nivelul de conștiență al pacientului. Un scor cinci însemna că bărbatul era în comă și aproape de moarte.

L-am întrebat dacă văzuse tomografia și dacă pacientul era deja ventilat mecanic.

„Da“, a răspuns James, așa că l-am întrebat ce voia să facă. Era unul dintre stagiarii din anii terminali și știam că se putea ocupa singur de acest caz.

„Să-l aduc repede aici“, a spus. „Are un pic de hidrocefalie, așa că o să pun o drenă și apoi scot cheagul, lăsând în pace MAV-ul. E adânc.“

„Dă-i drumul“, i-am spus. „Poate fi salvat, așa că asigură-te că-l trimit rapid pe autostradă. Ai putea să le atragi atenția doctorilor de acolo că dacă nu-l trimit imediat, n-are rost să-l mai trimită. Se pare

că trebuie să folosească formula magică «Transfer în care timpul e vital» când vorbesc cu serviciul de ambulanță și atunci nu mai stau la discuții.“

„Am rezolvat deja“, a răspuns James bucuros.

„Splendid!“, am spus. „Treci la treabă.“ Și am luat-o pe scări în jos, către biroul meu.

Am plecat cu bicicleta spre casă, oprindu-mă la magazin să fac niște cumpărături. Katharine, cea mai mică dintre cele două fiice ale mele, stătea la mine câteva zile și urma să prepare cina. Fusesem de acord să mă ocup eu de cumpărături. M-am așezat la o coadă lungă la casă.

„Și ce ați făcut *voi* toată ziua, mă rog?“, îmi venea să-i întreb, enervat că un chirurg important ca mine era făcut să aștepte după o zi de muncă atât de triumfală. Dar apoi m-am gândit cum valoarea muncii mele de medic se măsoară doar în valoarea vieților altor oameni, iar printre aceștia se numărau și cei din fața mea, la rândul de la casă. M-am mustrat singur și m-am resemnat să aștept. În plus, a trebuit să admit în sinea mea că în curând voi fi bătrân și pensionat și că nu voi mai conta cine știe cât în lumea asta. Ar fi bine dacă aș începe să mă obișnuiesc cu acest lucru.

În timp ce stăteam la coadă, a început să sune mobilul. M-a trecut un fior de alarmă, instantaneu speriat că era rezidentul meu care mă suna să-mi spună că era o problemă cu pacientul cu tumoare pe creier, însă am auzit o voce necunoscută în timp ce-mi împrăștiam cumpărăturile pe bandă, încercând să răspund la telefon.

„Sunteți neurochirurgul specialist de serviciu?“

Apelurile de urgență se transmit de obicei rezidentului, așa că am răspuns prudent.

„Da?“, am spus.

„Sunt unul dintre rezidenții de la urgențe“, a spus vocea cu emfază. „Medicul meu specialist mi-a spus să vă sun în legătură cu un pacient de aici. Rezidentul dumneavoastră nu răspunde la pager.“

M-am înfuriat imediat. Dacă era un caz atât de urgent, de ce nu m-a sunat chiar specialistul de la urgențe? Exista cândva o anumită etichetă atunci când sunai un coleg.

„Îmi e greu să cred“, am spus, în timp ce încercam să adun chiflele și clementinele care îmi căzuseră. Cei de la urgențe încercau probabil să transfere pacienții repede, pentru a-și atinge obiectivele privind timpii de așteptare. „Tocmai am vorbit cu el acum 10 minute…“

Rezidentul de la urgențe nu părea să asculte ce-i spun.

„Este vorba despre un bărbat de 67 de ani cu un subdural acut spre cronic…“, a început.

L-am întrerupt și i-am spus să o sune pe Fiona, care nu era de gardă, dar știam că era încă în clădire, și apoi am închis telefonul, zâmbind încurcat în chip de scuză fetei de la casă.

Am plecat de la magazin cu un sentiment de neliniște. Poate pacientul era grav bolnav, poate James *într-adevăr* nu a răspuns la pager, așa că am sunat-o pe Fiona pe mobil. I-am explicat problema și am spus că eram îngrijorat că poate de data asta chiar a fost vorba de o trimitere urgentă, și nu doar de o încercare de a scoate pacientul de la urgențe.

M-am dus acasă. M-a sunat după o jumătate de oră.

„Stați să o auziți și pe-asta“, a spus râzând. „James răspunsese la telefon și deja se îndrepta către urgențe. Pacientul era perfect sănătos, avea 81 de ani, și nu 67, și interpretaseră total aiurea tomografia, care era normală.“

„Ale dracului de obiective.“

Când am ajuns acasă, începuse să plouă. M-am schimbat în hainele de alergat și m-am îndreptat fără tragere de inimă către părculețul suburban din spatele casei mele. Se presupune că exercițiul fizic întârzie instalarea bolii Alzheimer. După câteva ture în jurul parcului, a început să-mi sune mobilul.

„Fir-ar al dracului!“, am spus, scăpând din mână telefonul ud și alunecos în timp ce încercam să-l scot din trening și să răspund.

„James la telefon. Nu reușesc să opresc sângerarea“, a spus o voce din pământul noroios.

„Care e problema?“, am întrebat, după ce am reușit să ridic telefonul.

„Am scos cheagul și am pus drena, dar cavitatea continuă să sângereze abundent.“

„Nu-ți face griji. Pune un strat de hemostatic Surgicel, acoperă și ia o pauză. Du-te și bea un ceai. Ceaiul este cel mai bun agent hemostatic. Vin să văd care-i situația cam în 30 de minute.“

Așa că mi-am terminat alergarea, am făcut un duș și am parcurs scurtul drum înapoi către spital, dar în mașină, din cauza ploii. Era deja întuneric, vântul bătea tare, iar în nord ninsese abundent, deși era deja aprilie. Mi-am parcat mașina în zona de livrări, părăginită, de lângă demisolul spitalului. Deși nu am voie să parchez acolo, lucrul acesta pare să nu mai conteze noaptea, iar eu pot ajunge astfel la blocurile operatorii mai repede decât din parcările oficiale, care se află la distanță mai mare.

Mi-am strecurat capul pe ușile sălii de operații. James era în picioare la capătul mesei de operație, ținând capul pacientului în mâini în timp ce îl bandaja. Partea din față a halatului era mânjită cu sânge, iar la picioarele lui era o băltoacă mare de sânge roșu-închis. Era clar că operația se încheiase.

„Totul în ordine?“, am întrebat.

„Da, e perfect“, a răspuns. „Dar a durat ceva.“

„Te-ai dus să bei un ceai, ca să te ajute să oprești hemoragia?“

„Ei, nu, nu ceai“, a spus, arătând către o sticlă de plastic de Coca-Cola, aflată pe una dintre mesele din spatele său.

„Păi atunci nu mă mir că a durat atât de mult hemostaza!“ am spus, prefăcându-mă supărat, și toată echipa a râs, fericită că operația se terminase și că se puteau duce acasă de-acum. Am trecut scurt să văd ce face pacientul cu tumoarea, care era acum la terapie intensivă și urma să rămână acolo pe durata nopții, conform rutinei.

La terapie intensivă fusese o săptămână agitată, iar în încăperea mare ca un depozit și luminată puternic se aflau zece pacienți, toți inconștienți în afară de unul singur, întinși pe spate și conectați la o pădure de mașinării cu lumini care clipeau și cu afișaje digitale de culoarea rubinelor și a smaraldelor. Fiecare pacient are propria asistentă, iar în mijlocul camerei este un birou mare cu monitoare de calculator și mulți membri ai personalului care vorbesc la telefon sau lucrează la calculatoare sau beau repede un ceai dintr-o ceașcă de plastic, în scurtele pauze dintre treburile constante care trebuie făcute la terapie intensivă.

Acel pacient care nu era inconștient era cazul meu de tumoare cerebrală; stătea în șezut în pat, roșu la față, dar perfect treaz.

„Cum vă simțiți?“, am întrebat.

„Bine“, a răspuns cu un zâmbet obosit.

„Bravo!“, am răspuns, pentru că mă gândesc că pacienții trebuie să fie felicitați pentru faptul că au supraviețuit operației tot atât de mult pe cât trebuie să fie felicitați chirurgii pentru faptul că și-au făcut bine treaba.

„E cam ca într-o zonă de război aici, mă tem“, i-am spus, arătând către formele depersonalizate ale celorlalți pacienți și la toată tehnologia și personalul ocupat din jurul nostru. Puțini dintre acești pacienți – sau poate nici unul – aveau să supraviețuiască sau să iasă fără infirmități din situația în care se aflau și în care ajunseseră fiindcă le fusese afectat creierul.

„Mă tem că nu vei avea parte de prea mult somn la noapte.“

A răspuns dând din cap, iar eu am coborât la demisol, într-o stare bună de spirit.

Mi-am găsit mașina cu un bilet mare lipit de parbriz.

„Ai fost blocat“, spunea biletul, și în continuare era o listă lungă în care erau înșirate acuzațiile de neglijență și lipsă de respect și așa mai departe, iar apoi mi se cerea să mă duc la Biroul de Pază ca să plătesc o amendă mare.

„Chiar nu mai suport!“, am izbucnit furios și disperat, urlând la pilonii de beton din jurul meu, dar când am dat ocol furibund mașinii, am constatat, spre surprinderea mea, că nici una din roți nu fusese blocată, iar când m-am întors la bilet, am observat că erau adăugate cu pixul cuvintele „data viitoare“, cu două semne de exclamare.

Am condus spre casă, împărțit între furie neputincioasă și recunoștință.

4. Melodramă

subst. *lucrare senzațională, dramatică, care apelează exagerat la*

emoții și, de obicei, are un sfârșit fericit.

Recent, am fost rugat să vorbesc echipei de scenariști ai serialului medical TV *Holby City*. Am luat trenul de la Wimbledon la Boreham Wood, în capătul opus al Londrei, și m-am dus la hotelul găzduit de elegantul conac unde avea loc întâlnirea. Erau cel puțin 20 de persoane în jurul unei mese rotunde. Se gândeau să adauge o secție de neurochirurgie, mi-au spus, imaginarului spital Holby City, și doreau să le vorbesc despre neurochirurgie. Am vorbit aproape o oră fără oprire, un lucru pe care îl pot face fără mare dificultate, dar probabil m-am concentrat prea mult pe aspectele macabre și tragice ale muncii mele.

„Nu aveți cumva și niște povești pozitive, care le-ar plăcea telespectatorilor noștri?“, a întrebat cineva și atunci mi-am amintit brusc de Melanie.

„Ei bine“, am spus, „acum mulți ani am operat o tânără mamă, care urma să nască și care începuse să-și piardă vederea…“

Erau trei pacienți pentru operație în acea zi de miercuri – două femei cu tumori cerebrale și un tânăr cu prolaps de disc în zona lombară. Primul pacient era Melanie – o femeie în vârstă de 28 de ani, în cea de-a 37 săptămână de sarcină, care începuse să orbească de trei săptămâni. Fusese trimisă ca urgență la secția mea de neurochirurgie, de la clinica de medicină prenatală din spitalul municipal, marți după-amiază. Eram de gardă la urgențe în acea zi, așa că a fost internată de mine. Soțul ei o adusese cu mașina de la clinica de medicină prenatală la spitalul meu; când i-am văzut pentru prima dată marți dimineața, el o ghida pe Melanie pe coridorul spitalului către secție ținând o mână pe umărul ei, în timp ce în cealaltă mână ținea o valiză. Ea ținea brațul drept întins în față, de teamă să nu se lovească de ceva, iar mâna stângă o ținea apăsată pe copilul nenăscut din ea, ca și cum se temea că ar putea să-l piardă, așa cum își pierdea vederea. I-am condus la intrarea în salon și le-am spus că veneam mai târziu ca să discutăm ce este de făcut.

Tomografia arătase că la baza creierului avea un meningiom – un meningiom „supraselar“, care creștea din meninge, membrana care învelește creierul și măduva spinării. Acesta presa în sus asupra

nervilor optici, acolo unde se întorc de la ochi pentru a intra în creier. Acest tip de tumori sunt întotdeauna benigne și de obicei cresc foarte încet, dar unele dintre ele au receptori estrogenici și, foarte rar, tumorile se pot mări rapid în cursul sarcinii, când nivelurile de estrogen cresc. Aceasta era, în mod evident, ceea ce se întâmpla în cazul lui Melanie. Tumoarea nu reprezenta un risc pentru făt, dar dacă nu era extirpată rapid, Melanie avea să orbească total. Lucrul acesta s-ar fi putut întâmpla în câteva zile. Operația de îndepărtare a unei tumori ca a ei este relativ simplă, dar dacă pierderea vederii înainte de intervenția chirurgicală este severă, nu e absolut deloc sigur că operația va reda vederea și există un oarecare risc de a înrăutăți situația. Odată, am lăsat o persoană complet oarbă în urma unei operații similare. Ce e drept, bărbatul era deja aproape orb înainte de operație – dar și Melanie era la fel.

Când m-am dus în salon după vreo oră, am găsit-o pe Melanie șezând în patul ei, cu o asistentă lângă ea, completând formularele de internare. Soțul ei, arătând disperat, era pe un scaun lângă pat. M-am așezat la capătul patului și m-am prezentat. Am întrebat-o cum a început totul.

„Acum trei săptămâni. Am zgâriat mașina într-o parte de ușile garajului când mă întorceam de la cursul de pregătire prenatală“, a spus. „Nu-mi dădeam seama cum am reușit, dar câteva zile mai târziu mi-am dat seama că nu vedeam bine cu ochiul stâng.“ În timp ce vorbea, ochii i se mișcau fără oprire, cu privirea ușor nefocalizată pe care o au oamenii atunci când orbesc. „De atunci, lucrurile se înrăutățesc cu fiecare zi.“

„Trebuie să examinez puțin vederea“, am spus. Am întrebat-o dacă îmi vede fața.

„Da“, a răspuns. „Dar imaginea e neclară.“

Am ridicat mâna în fața ei, cu degetele răsfirate. Am întrebat-o câte degete vede.

„Chiar nu știu“, a spus Melanie, cu o notă de disperare în glas. „Nu văd…“

Adusesem din biroul meu un oftalmoscop, lanterna specială care se folosește pentru a examina ochiul. Am reglat aparatul, mi-am apropiat fața de a ei și m-am uitat la retina ochiului stâng.

„Uitați-vă drept înainte“, am spus. „Nu priviți în lumină, pentru că se micșorează pupila.“

Ochii, spun poeții, sunt ferestre către suflet, dar sunt și ferestre către creier: examinarea retinei îți oferă indicii importante despre starea creierului, fiind direct legată de acesta. Vasele de sânge miniaturale din ochi vor fi într-o stare foarte asemănătoare cu vasele de sânge din creier. Spre ușurarea mea, am văzut capătul din ochi al nervului optic arătând încă relativ sănătos, și nu afectat sever, și la fel stăteau lucrurile în cazul vaselor de sânge retinale. Exista o șansă ca operația să-i amelioreze starea, și nu doar să oprească procesul de orbire totală.

„Nu arată prea rău“, am spus, după ce m-am uitat și în ochiul drept.

„Copilașul meu! Ce se va întâmpla cu copilașul meu?“, a întrebat Melanie, evident mai îngrijorată pentru copil decât pentru vederea ei.

I-am luat mâna și i-am spus că bebelușul va fi perfect. Vorbisem deja cu obstetricienii ca să vină și să-i facă cezariană și să scoată bebelușul în momentul în care eu voi fi scos tumoarea. Se putea face totul sub aceeași anestezie, am spus. Speram și ca operația să-i îmbunătățească vederea, dar trebuia să îi previn pe ea și pe soțul ei că nu puteam garanta acest lucru. Exista, de asemenea, și un risc, le-am spus, ca în urma operației să orbească complet. Totul ținea de cât de tare era tumoarea lipită de nervii optici, lucru pe care nu-l puteam ști până când nu operam. Singurul lucru cert, am spus, era că dacă nu se opera, avea să orbească total. Am adăugat că văzusem mulți pacienți din țări sărace, ca Ucraina și Sudan, care orbiseră complet în urma unor tumori ca a ei, din cauza întârzierii tratamentului. Am rugat-o să semneze formularul de consimțământ. Soțul ei s-a aplecat și i-a condus mâna cu pixul. A mâzgălit ceva ilizibil.

A doua zi dimineață, am făcut operația la prima oră, împreună cu Patrik, rezidentul din anul terminal care lucra cu mine în acea perioadă. Operația a produs în mod inevitabil mare emoție, astfel că pe coridorul din fața blocului operator se afla o mică armată de obstetricieni, pediatri și asistente, cu trusa de resuscitare pediatrică. Doctorilor și asistentelor le plac astfel de cazuri dramatice și era o atmosferă de carnaval în acea dimineață. Și apoi, ideea că urma să se

nască un bebeluș în sălile noastre de neurochirurgie mai curând sumbre era încântătoare, iar întregul personal al sălii de operație aștepta cu nerăbdare evenimentul. Singura îngrijorare – care era în mare măsură a mea, a lui Melanie și a familiei ei – era dacă îi puteam salva vederea sau dacă puteam să o las chiar complet oarbă.

A fost adusă la sală din salonul femeilor pe o targă mobilă, soțul ei mergând alături de ea; sarcina i se vedea ca un delușor sub cearșaful de spital. Înghițindu-și lacrimile, soțul ei a sărutat-o de rămas-bun la ușa camerei de anestezie și a fost apoi condus afară de una dintre asistente. Odată anesteziată de Judith, Melanie a fost întoarsă pe o parte, iar Judith i-a făcut o puncție lombară, folosind un ac mare în care a pus un cateter alb, fin, pe care urma să-l folosim pentru a drena tot lichidul cerebrospinal din capul lui Melanie. Aceasta avea să creeze mai mult spațiu în craniu – câțiva milimetri în plus – în care puteam opera.

După ce am ras foarte puțin păr de pe cap, Patrik și cu mine am făcut o incizie lungă și curbă, cam la un centimetru în spatele liniei părului, coborând apoi cu ea de-a curmezișul frunții. Presând ferm cu vârfurile degetelor pe fiecare parte a inciziei pentru a opri sângerarea scalpului, am pus clipsuri de plastic peste marginile pielii ca să obturăm vasele sangvine ale pielii. Apoi i-am tras scalpul de pe frunte și l-am rulat peste fața ei, deja acoperită cu banda adezivă care menținea fix tubul de anestezie. I-am explicat lui Patrik etapele de deschidere ale procedurii.

„E tânără, e frumoasă“, am spus. „Dorim un rezultat cosmetic bun.“ I-am arătat cum să facă o singură gaură în craniu, unde nu se vede, în spatele orbitei, și apoi să folosească ferăstrăul Gigli, numit astfel după inventatorul său – un fel de sârmă minunată, ca aceea de tăiat brânza, care face o tăietură mult mai fină prin os decât instrumentele electrice pe care le folosim de obicei – pentru a face o deschizătură foarte mică în craniu, exact deasupra ochiului drept al lui Melanie. Folosirea acestui ferăstrău pare violentă pentru că, atunci când împingi ferăstrăul înainte și înapoi cu mâinile, țâșnește un fir subțire de sânge amestecat cu os, iar ferăstrăul face un zgomot neplăcut, ca de răzuit. Dar, așa cum i-am spus lui Patrik, realizează o tăietură fină și perfectă.

După ce Patrik a îndepărtat micul capac de os – care măsura doar vreo trei centimetri –, am preluat pentru moment operațiunea și, cu un burghiu pneumatic, am șlefuit interiorul craniului lui Melanie. Există o serie de zimți, ca un lanț de munți de dimensiuni microscopice, de doi până la trei milimetri în înălțime, care traversează baza craniului. Șlefuindu-i până devin aplatizați, creez încă puțin spațiu dedesubtul creierului, astfel încât să pot folosi mai puțină retracție când cobor sub creier pentru a ajunge la tumoare. I-am spus lui Patrik să deschidă meningele cu o pereche de foarfeci. Drena lombară își făcuse treaba, iar duramater de culoare albastru-gri – stratul exterior al meningelui – era micșorată și încrețită, căci creierul se lăsase în jos, depărtându-se de craniu, ca urmare a extragerii lichidului cerebrospinal. Patrik a ridicat duramater cu o pensă fină cu dinți și a început să decupeze o deschizătură în aceasta, cu o pereche de foarfeci. Patrik era un armeano-american scund, hotărât și deschis.

„E boantă. Nu taie, rupe“, a spus, când foarfeca s-a blocat în meningele tare. „Dați-mi alta.“ Maria, asistenta de sală, s-a întors la masa de instrumentar și a venit înapoi cu altă pereche de foarfeci, cu care Patrik a dezvelit vârful lobului frontal drept al creierului lui Melanie, tăind duramater și rulând-o în față.

Lobul frontal drept al creierului uman nu are, în viața omului, vreun rol specific care să fie clar înțeles. Într-adevăr, oamenii pot suferi un anumit grad de leziune la nivelul acestuia fără să pară a fi afectați, dar deteriorarea extinsă va avea ca rezultat o serie întreagă de probleme comportamentale, care sunt grupate sub denumirea de „schimbări de personalitate“. Deși era minim riscul ca lucrul acesta să se întâmple în cazul lui Melanie, rămânea cu epilepsie pe viață dacă îi lezam suprafața creierului în timp ce ridicam lobul frontal drept cu câțiva milimetri, ca să ajungem la tumoare. M-am bucurat să văd că, în urma drenajului lombar și a șlefuirii bazei craniului, creierul lui Melanie arăta „relaxat“, cum spun neurochirurgii – era suficient loc ca să putem ajunge sub el.

„Condițiile arată minunat“, i-am strigat lui Judith, care stătea la capătul celălalt al mesei, în fața unei baterii de monitoare și mașini și a unui păienjeniș de tuburi și fire conectate la Melanie, care era

inconștientă – tot ceea ce pot vedea anesteziștii din pacienții lor sunt tălpile. Cu toate acestea, Judith trebuia să-și facă griji nu numai pentru viața lui Melanie, ci și pentru cea a bebelușului nenăscut, care era sub aceeași anestezie generală ca și mama lui.

„Bine“, a spus.

„Adu microscopul și dă-i lui Patrik un retractor“, am spus și, odată ce microscopul greu fusese împins în poziția cerută, iar Patrik instalat în scaunul chirurgical, Maria i-a întins un mănunchi de retractoare, răsfirate ca un pachet mic de cărți de joc, din care el a luat unul. Stăteam alături, uitându-mă puțin neliniștit prin brațul microscopului.

I-am spus lui Patrik să pună ușor retractorul sub lobul frontal al lui Melanie și în același timp să aspire lichidul cerebrospinal cu aspiratorul pe care îl ținea în cealaltă mână. I-a tras ușor creierul în sus cu câțiva milimetri.

„Caută treimea laterală a aripii sfenoidale“, i-am spus, „și apoi urmeaz-o medial, către procesul clinoid anterior “ – acestea fiind reperele osoase importante care ne ghidează când navigăm dedesubtul creierului. Patrik a tras cu grijă în sus creierul lui Melanie.

„Acesta este nervul drept?“, a întrebat Patrik.

„Cu siguranță acela este“, i-am spus, „și arată groaznic de întins.“ Acum puteam vedea masa roșie granulară a tumorii, deasupra căreia nervul optic drept – o bandă de un alb pal, cu o lățime de câțiva milimetri – era extrem de întins.

„Cred că mai bine continui eu de aici“, am spus. „Îmi pare rău, dar și cu bebelușul, și cu vederea ei atât de proastă, nu e un caz pentru specializare.“

„Bineînțeles“, a spus Patrik, coborând din scaunul chirurgical, iar eu i-am luat locul.

Am făcut repede o incizie în tumoare în partea stângă a nervului optic și, spre ușurarea mea, tumoarea era moale și am aspirat-o ușor – după cum se știe, majoritatea tumorilor supraselare sunt astfel. Nu a durat mult să degroșez tumoarea, cu aspiratorul în mâna dreaptă și cu pensa diatermică în stânga. Treptat, am desprins de nervii optici tumoarea golită. Tumoarea nu era lipită de nervii optici și, după vreo oră, am văzut imaginea spectaculoasă a ambilor nervi optici, drept și

stâng, și a punctului în care se intersectează, numit chiasmă. Arată ca o pereche de pantaloni albi miniaturali, deși subțiri și întinși din cauza tumorii pe care o extirpasem acum. De o parte și de alta erau marile artere carotide care furnizează cea mai mare parte din sânge creierului și, mai în spate, tija pituitară, structura fragilă care leagă glanda pituitară, de dimensiunea unui bob de mazăre și cu o funcție atât de importantă, de creier, care coordonează toate sistemele hormonale ale corpului. Este așezată într-o cavitate mică, numită *sella turcica*, chiar sub nervii optici, motiv pentru care tumoarea lui Melanie se numește meningiom „supraselar“.

„A ieșit toată! Hai să închidem repede, și obstetricienii pot face cezariana“, am anunțat celor prezenți. Am mormăit către Patrik că speram din suflet ca femeii să-i revină vederea.

Așa că Patrik și cu mine am închis craniul lui Melanie și i-am lăsat pe colegii noștri să se ocupe de aducerea bebelușului pe lume. Când ieșeam din sală, pediatrii au trecut pe lângă noi, împingând în încăpere un ventilator pediatric și echipamentul de resuscitare.

Am plecat să-mi iau o cafea și să mă ocup de câteva documente în biroul meu. Patrik a rămas să se uite la operația de cezariană.

M-a sunat după o oră. Stăteam la birou și dictam scrisori.

„Totul a mers foarte bine. Este la terapie intensivă, iar bebelușul este lângă ea.“

„Vede?“, am întrebat.

„Prea devreme ca să ne dăm seama“, a spus Patrik. „Are pupilele puțin cam lente…“

Am simțit că mi se strânge stomacul de teamă, o senzație care îmi era familiară. Faptul că pupilele ei nu reacționau cum trebuie la lumină poate fi un efect temporar al anesteziei, dar ar putea însemna și că nervii erau afectați ireparabil și că era complet oarbă, chiar dacă operația păruse să se desfășoare atât de bine.

„Va trebui să așteptăm și să vedem“, am răspuns.

„Următorul pacient este pe masă“, a spus Patrik. „Să începem?“

Am plecat din birou și m-am dus și eu în sală.

Cel de-al doilea pacient de pe listă era o femeie de vreo 50 de ani, cu un gliom malign temporal stâng, o tumoare canceroasă a creierului

însuși. O văzusem cu o săptămână în urmă la clinică. Venise cu soțul ei și s-au ținut de mână cât mi-au povestit cum, în cursul săptămânilor anterioare, începuse să fie confuză și să uite. Le-am explicat că tomografia ei arăta, fără urmă de îndoială, o tumoare malignă.

„Tatăl meu a murit de o tumoare cerebrală malignă“, mi-a spus. „A fost groaznic să-l privesc deteriorându-se și murind și m-am gândit că dacă mi s-ar întâmpla așa ceva, nu aș dori să fiu tratată.“

„Problema“, am spus cu părere de rău, „este că vi se va întâmpla oricum. Dacă vă tratez, ați putea, cu puțin noroc, să aveți niște ani de viață rezonabilă, dar dacă nu facem nimic, veți mai avea doar câteva luni de trăit“.

În realitate, aceasta era probabil o afirmație optimistă. Tomografia arăta o tumoare malignă urâtă, în lobul temporal dominant – dominant însemnând jumătatea de creier care răspunde de vorbire și limbaj –, care deja îi creștea adânc în creier. Era puțin probabil să aibă mai mult de câteva luni de trăit, indiferent ce aș fi făcut, dar există întotdeauna speranță și există întotdeauna câțiva pacienți – din păcate, doar o mică minoritate – care sunt excepții statistice și care sfidează mediile, trăind mai mulți ani.

Conveniserăm că operația era necesară. Patrik a făcut cea mai mare parte din operație, iar eu l-am asistat. Operația s-a derulat suficient de bine, deși imediat ce Patrik a deschis craniul și a tăiat meningele, am văzut că tumoarea se întindea deja pe o suprafață mare, mai mare decât se vedea în tomografia făcută cu numai două săptămâni mai devreme. Am îndepărtat cât de mult s-a putut îndepărta, în condiții de siguranță, din tumoare, aceasta fiind încâlcită în ramurile distale ale arterei cerebrale medii din stânga. Nu credeam să-i fi făcut rău, dar nici cine știe ce bine nu îi făcuserăm.

„Care e prognoza, șefu’?“, m-a întrebat Patrik, în timp ce cosea duramater, iar eu tăiam cu foarfecele nodurile pe cale le făcea el.

„Câteva luni, probabil“, am răspuns. I-am spus despre tatăl pacientei și ce îmi spusese ea.

„E greu să nu faci nimic“, am zis. „Dar moartea nu este întotdeauna un rezultat rău, știi, iar o moarte rapidă poate fi mai bună decât una lentă.“

Patrik n-a zis nimic în timp ce continua să închidă cu suturi meningele femeii. Uneori discut cu colegii mei neurochirurgi ce am face dacă noi – ca neurochirurgi și fără nici un fel de iluzii privitoare la cât de puțin realizează tratamentul – am fi diagnosticați cu o tumoare malignă. De obicei eu spun că sper că m-aș sinucide, dar nu știi niciodată cu siguranță ce vei decide până când nu ți se întâmplă ție.

În timp ce o coseam, nu mă așteptam la nici un fel de probleme. Judith a luat-o cu targa mobilă, împinsă de una dintre asistentele anesteziste și de alte asistente, și a dus-o la terapie intensivă, în timp ce eu m-am așezat să scriu o notă privind operația. Câteva minute mai târziu, Judith a băgat capul pe ușa sălii de operație.

„Henry, nu se trezește, iar pupila stângă e mai mare decât cea dreaptă. Ce vrei să faci?“

Am înjurat încet și am parcurs în doi pași scurta distanță până la terapie intensivă. În colțul camerei, am văzut-o pe Melanie și un pătuț de bebeluș lângă patul ei, dar am trecut repede pe lângă ea ca să mă uit la cea de-a doua pacientă. Cu o mână i-am deschis ușor pleoapele. Pupila stângă era mare și întunecată, mare cât o farfurie.

„Să-i facem o tomografie“, i-am spus lui Patrik, care venise în fugă când auzise vestea. Judith deja o reanestezia și îi introducea un tub în plămâni, ca să o pună înapoi pe ventilare mecanică. I-am spus lui Patrik să le spună celor de la computerul tomograf că o aducem imediat pentru tomografie și că nu contează ce altceva fac. N-aveam de gând să aștept după brancardier. Patrik s-a dus la biroul asistentelor și a pus mâna pe telefon, în timp ce Judith și asistentele au deconectat femeia de la toate echipamentele de monitorizare din spatele ei și, cu ajutorul meu, am scos-o de la terapie intensivă și am dus-o la computerul tomograf. Împreună cu radiologul, am pus-o rapid în mașină. M-am întors în sala de control, cea cu geamul cu plumb care mă proteja de razele X și care dădea în încăperea în care pacienta era întinsă, cu capul în tomograf.

Nerăbdător și încordat, urmăream secțiunile transversale ale tomografiei apărând pe monitorul computerului, ajungând treptat până sus, unde operasem. Tomografia arăta o hemoragie uriașă, adânc în creierul ei, pe partea operației, deși ușor separată de

aceasta. Era clar atât inoperabilă, cât și fatală – hemoragie intracerebrală postoperatorie, o complicație „rară, dar cunoscută“ a unei astfel de operații. Am luat telefonul din camera de control și l-am sunat pe soțul ei.

„Mă tem că am vești foarte proaste pentru dumneavoastră…“ am spus.

M-am dus în camera de odihnă a secției și m-am întins pe canapea, uitându-mă fix la cer prin ferestrele înalte, așteptând să sosească soțul și fiica ei.

Am vorbit cu ei o oră mai târziu, în încăperea de la reanimare destinată întrevederilor. Au căzut unul în brațele celuilalt, plângând în hohote. Îmbrăcat în uniforma de sală de operație, priveam scena cu tristețe.

Cum era pe moarte, asistentele o mutaseră într-o rezervă, singură. I-am luat pe soțul și pe fiica lui să o vadă. S-au așezat lângă ea. Era inconștientă și mută, cu ochii închiși, cu un bandaj pieziș în jurul capului, de sub care îi atârna părul murdar de sânge. Ventilatorul care o menținea în viață ofta încet alături.

„Sunteți sigur că nu aude nimic din ceea ce îi spunem?“, m-a întrebat fiica ei.

I-am spus că era în comă profundă, dar chiar dacă ar putea auzi, nu ar înțelege ceea ce aude, pentru că hemoragia se afla exact în zona vorbirii din creierul ei.

„Și va trebui să stea în spital? Nu poate veni acasă?“

Am răspuns că eram sigur că avea să moară în următoarele 24 de ore. Va fi în moarte cerebrală și atunci va fi oprită ventilarea mecanică.

„Ne-a fost luată. Atât de brusc. Erau atâtea lucruri pe care doream să le facem împreună în timpul care ne rămăsese, nu-i așa?“, a spus soțul, întorcându-se către fiică în timp ce vorbea. „Nu eram pregătiți pentru asta…“ O ținea pe fiica sa de mână în timp ce vorbea.

„Am avut încredere în dumneavoastră“, mi-a spus, „și încă mai am. Sunteți sigur că nu ar fi posibil să se trezească? Dacă se trezește și vede că nu suntem aici? Ar fi atât de înspăimântător pentru ea, chiar dacă știu că ne-a tot spus săptămâna trecută că nu dorea să fie o povară pentru noi“.

„Dar iubirea e necondiționată“, am spus, și soțul a izbucnit din nou în plâns.

Am mai vorbit o vreme. În final, m-am întors către ușă spunând că trebuia să plec, altfel începeam și eu să plâng. Soțul și fiica au râs printre lacrimi. Plecând, mă gândeam cum îi îndeplinisem dorința, chiar dacă în mod involuntar, de a nu muri chinuită ca tatăl ei.

În sala de operație, Patrik se chinuia să oprească sângerarea, după ce operase prolapsul de disc al celui de-al treilea și ultimului pacient. L-am înjurat și am țipat la el, pe jumătate în glumă, și m-am dezinfectat, după care am oprit sângerarea. Am închis împreună incizia și după aceea m-am întors la reanimare să o văd pe Melanie. Dormea liniștită, iar băiețelul ei dormea în pătuț, alături. În foaia de observație scria că acum pupilele reacționau la lumină, iar asistenta care se ocupa de ea a spus că totul era în regulă. Era un mic grup de asistente care zâmbeau și râdeau lângă pătuț, uitându-se la bebeluș.

Soțul ei s-a repezit către mine, aproape nebun de bucurie.

„Vede din nou! Faceți miracole, domnule Marsh! S-a trezit din operație și a putut să vadă bebelușul! A spus că vederea i-a revenit aproape la normal! Iar fiul nostru e perfect sănătos. Cum am putea să vă mulțumim destul vreodată?“

Ce zi, m-am gândit în drum spre casă, ce zi. Când am spus această poveste – pe care o uitasem complet până atunci – scenariștilor serialului *Holby City* adunați în jurul mesei hotelului, aceștia au izbucnit în țipete de încântare și uimire, dar nu știu dacă au folosit sau nu povestea lui Melanie.

5. Tic douloureux

subst. *scurte paroxisme de durere foarte intensă, resimțite în distribuirea unuia sau mai multor brațe ale nervului trigemen facial.*

După ce am deschis tăind cu ferăstrăul craniul femeii și am deschis meningele, am constatat, spre oroarea mea, că avea creierul acoperit

de un film de sânge roșu-închis, care nu ar fi trebuit să fie acolo. Însemna că probabil ceva mersese deja prost cu operația. Lumina de la lampa veche și obosită de deasupra mea era așa de slabă, încât abia puteam vedea ce făceam. Posibilele repercusiuni pentru mine și colegii mei erau greu de imaginat. Trebuia să fac eforturi pentru a-mi controla panica din ce în ce mai mare.

Operam o femeie cu o durere facială agonizantă, numită nevralgie de trigemen (care este cunoscută și sub denumirea de *tic douloureux*) – o afecțiune care era considerată de doctorii săi inoperabilă. O echipă de televiziune filma operația pentru știrile naționale. Erau mulți doctori și asistente, care se uitau la mine de sus, ca niște zei, prin panourile de sticlă ale unei mari cupole construite în tavanul de deasupra mesei de operație. Multe dintre panourile de sticlă ale cupolei erau crăpate și sparte, iar prin ferestrele mari ale sălii de operație se vedea zăpada căzând pe un pustiu gri de mașini stricate și clădiri abandonate. Am adesea asistență când operez și nu-mi place când lucrurile merg prost – dar ceea ce se întâmpla acum era cu mult mai rău. Trebuia să transmit o încredere în sine calmă, de chirurg, pe care nu o simțeam.

Toate acestea se întâmplau în 1995, în Ucraina. Eram la 2 000 de mile de casă, operând fără nici un fel de permisiune oficială – probabil ilegal –, făcând o operație periculoasă pe creierul unei femei, operație care nu mai fusese făcută niciodată în acea țară, folosind un echipament de mâna a doua, pe care îl adusesem eu însumi cu mașina de la Londra, cu câteva zile mai înainte. Colegul meu era un tânăr doctor obscur, despre care profesorul de neurochirurgie din spitalul în care operam spusese într-un interviu dat la BBC World Service că suferea de schizofrenie. Și nici nu eram plătit să fac acest lucru – de fapt, mă costa foarte mulți bani.

Mă întrebam, mormăind nefericit în timp ce încercam să-mi opresc mâinile din tremurat: „De ce Dumnezeu fac acest lucru? Chiar e nevoie?“

Mersesem pentru prima dată la Kiev cu patru ani în urmă, în iarna anului 1992, aproape din întâmplare. Eram medic specialist deja de cinci ani și aveam un cabinet mare și plin de pacienți. Se întâmpla la

câteva luni de la prăbușirea Uniunii Sovietice. Sperând să vândă echipament medical în Ucraina, un om de afaceri englez a sunat la spitalul meu ca să afle dacă era vreun neurochirurg interesat să i se alăture în deplasarea la Kiev. În Kiev era un spital de neurochirurgie renumit, iar el dorea să ia cu el câțiva neurochirurgi care să țină prelegeri despre chirurgia modernă pe creier și despre echipamentul necesar pentru acest lucru. Centralista a fost luată prin surprindere de această întrebare, așa că i-a făcut legătura cu Gail, secretara mea, care avea reputația binemeritată de a fi capabilă să rezolve majoritatea problemelor. Eram în birou când a băgat capul pe ușă.

„Vreți să mergeți în Ucraina, joia viitoare?“

„Bineînțeles că nu. Sunt mult prea ocupat și am consultații în policlinică joi.“

„Ei, serios acum. Tot timpul spuneți cât sunteți de interesat de Rusia și nici măcar nu ați fost acolo, până acum.“

Gail este de obicei prima persoană care se plânge dacă anulez consultația dintr-o clinică de îngrijire ambulatorie, pentru că atunci e obligată să se ocupe de toate telefoanele de la pacienții dezamăgiți și uneori furioși și să replanifice programările, așa că a trebuit să-i iau sfatul în serios.

Așa că, împreună cu doi colegi, am călătorit în Ucraina cea devenită de curând independentă. Nu existase niciodată un stat ucrainean separat înaintea dezmembrării Uniunii Sovietice, și nu era deloc clar ce avea să însemne independența. Ce era clar însă era că țara se afla într-un haos infernal, cu o economie aproape de colaps. Fabricile erau toate închise și toată lumea părea să fie în șomaj. Condițiile din spitalele pe care le-am vizitat erau de coșmar.

Ajunseserăm la Kiev dimineața devreme, cu trenul de noapte de la Moscova. Calea ferată traversează unul dintre podurile lungi de peste marele râu Nipru, care străbate Kievul, și, pe măsură ce ne apropiam de malul vestic abrupt, vedeam deasupra noastră cupolele aurii ale mănăstirii Lavra îmbrăcate în primele raze ale soarelui care răsărea – un contrast dramatic cu gările întunecate prin care trecuserăm în cursul nopții și cu blocurile austere de la periferia orașului. Stătusem întins pe patul meu din cușetă, sub o pătură subțire, ațipind și trezindu-mă, ascultând sunetul ritmic, demodat al trenului alergând

pe șine și traversând Rusia către sud, oprindu-se în gări slab luminate, unde auzeam anunțuri de neînțeles, care răsunau pe peroanele goale, acoperite de zăpadă.

Totul părea minunat de straniu și totuși straniu de familiar – presupun că datorită literaturii ruse în care mă cufundasem în trecut. Ne aflam în Moscova de numai câteva ore. Suficient de mult pentru a sta în Piața Roșie pe întuneric, sub ninsoare; în ciuda căderii comunismului, aici încă mai fâlfâia un imens steag roșu, puțin indiferent, de pe înălțimea Turnului Spassky al Kremlinului. Suficient pentru a ne bucura de o masă splendidă, într-un hotel în care trebuia să intri prin trei șiruri de pază armată, dând apoi peste coridoare ponosite cu covoare uzate, subțiri, și un număr uluitor de fete deconcertant de frumoase, aflate în căutare de lucru. Suficient de mult pentru a înțelege că, odată cu prăbușirea rublei, cele câteva sute de dolari pe care le aveam în buzunar ne făceau practic milionari în comparație cu rușii sărăciți pe care întâlneam.

Odată ajunși în Kiev, am fost conduși la Institutul de Cercetări Neurochirurgicale, o clădire uriașă și urâtă, cu acele lungi coridoare care sunt blestemul tuturor spitalelor mari. Coridoarele erau întunecate și slab luminate. Pe pereți erau afișate mărturii importante ale triumfurilor neurochirurgicale sovietice, cu fotografiile alb-negru ale eroilor cu bonete ca acelea ale bucătarilor-șefi pe care le purtau chirurgii sovietici, amestecate printre ciocane și seceri, stele roșii, sloganuri motivaționale și fotografii ale unor scene din Marele Război pentru Apărarea Patriei, cum numeau rușii cel de-al Doilea Război Mondial. Dar totul, de la clădirea în sine până la fotografiile de pe pereți și până la aerul stătut care mirosea a tutun ieftin și a dezinfectant ciudat, cu un miros grețos, crea o atmosferă obosită și ofilită. Am fost conduși în biroul academicianului Romadanov, un om vârstnic, impozant și eminent, care era director al Institutului. Înalt, cu un cap mare și o coamă de păr alb, purta o haină albă cu guler înalt, închisă până în gât. Arăta, cu toate acestea, la fel de obosit și ofilit precum coridoarele și avea să moară, de fapt, câteva luni mai târziu. După prezentările obișnuite – desfășurate toate prin intermediul unui interpret –, ne-am așezat în jurul mesei lungi din biroul său.

„De ce ați venit aici?“, a întrebat supărat. „Ca turiști? Ca să vă amuzați văzând toate problemele noastre? Traversăm o perioadă foarte dificilă.“

Am încercat să răspundem diplomat și am vorbit despre prietenie și colaborarea profesională și despre cooperarea internațională. Nu părea să se lase convins și avea, bineînțeles, perfectă dreptate.

Unul dintre asistenții săi ne-a făcut turul renumitului Institut.

„Acesta este cel mai mare spital de neurochirurgie din lume“, ni s-a spus.

„Există opt departamente, cinci etaje și 400 de paturi.“

Eram uluit – spitalul meu, una dintre cele mai mari unități neurochirurgicale din Anglia, avea numai 50 de paturi. Am colindat în sus și în jos pe scări și de-a lungul coridoarelor și am vizitat fiecare departament identic, unul câte unul.

Am început cu parterul.

„Aceasta este Secția tumorilor fosei posterioare“, ni s-a spus.

Când deschideam ușile, personalul ne ieșea în întâmpinare ca să ne strângă mâna și să se fotografieze cu noi. Mi s-a spus totul despre gama largă de operații care se efectuau în departament, cu toate că întrebărilor mai detaliate pe care le puneam li se dădeau răspunsuri foarte vagi. Am trecut prin exact aceleași ritualuri în celelalte șapte departamente. Când am întrebat dacă puteam vedea sălile de operație, ni s-a spus că se zugrăvea și că erau închise. Nu știu dacă am văzut vreun pacient.

Ne-am ținut prelegerile. Puținele întrebări care au urmat au demonstrat o totală și extremă neînțelegere a ceea ce încercaserăm să explicăm. Ne-am întors la hotel. Ca și în cazul hotelului de la Moscova, erau tinere frumoase peste tot. Mi s-a spus că nu erau prostituate profesioniste, ci femei respectabile care încercau cu disperare să câștige un ban. O ședință cu un om de afaceri occidental reprezenta, la vremea aceea, mai mult decât venitul pe o lună. Jenați și fascinați, am trecut timizi pe lângă ele și ne-am retras într-una din camerele noastre ca să bem whisky de la duty-free, derutați și șocați de discrepanța suprarealistă dintre ceea ce văzuserăm și ceea ce ni se spusese în timp ce făceam turul spitalului.

A doua zi am fost condus la Spitalul de Urgență din partea de est a orașului. Cerusem să văd modul în care se gestionau traumele, iar ghizii mei – puțin ezitanți – acceptaseră să mă ducă acolo. Am ajuns după-amiaza târziu. Lumina începea să scadă. Spitalul avea zece etaje, aparent cu opt sute de paturi. Avea numai zece ani, dar arăta deja ca o epavă. Am mers spre spital printr-un pustiu format din clădiri dărâmate și din acele conducte uriașe, de neînțeles, care par să înconjoare întotdeauna clădirile sovietice, peste care începuse să cadă, din cerul plumburiu, o zăpadă de un alb pur. Într-o parte era o piață mare și improvizată în aer liber, cu niște coșmelii ponosite acoperite cu zinc și care etalau mici colecții triste de cosmetice ieftine și de votcă. Mașini Lada, Moskvici și Volga erau parcate într-o dezordine totală. Totul era gri, lipsit de culoare și mohorât, în felul acela în care numai orașele sovietice puteau fi. Strângerea chiriei ilegale plătite de comercianții din piață era, am auzit ulterior, o parte importantă a activității directorului spitalului și o sursă utilă de venit pentru oficialii administrației sanitare a orașului.

Căzuse electricitatea, și o mare parte a spitalului era în beznă. Totul duhnea a amoniac – spitalul epuizase dezinfectantele și numai amoniacul mai era disponibil pentru curățenie. Clădirea părea aproape nelocuită. Am fost condus într-una din sălile de operație întunecate – un loc uriaș și cavernos, cu o fereastră mare care dădea către ceea ce părea a fi o zonă bombardată. De la fereastra sălii de operație se vedea zăpada viscolită, luminată palid de amurg. Tocmai avea loc o operație. Mi s-a spus că chirurgul „opera“ un bărbat paralizat de la gât în jos în urma unui accident ce avusese loc cu câțiva ani înainte. Avea alături o mică tavă cu instrumente uzate, care păreau adunate de la fiare vechi. Pacientul stătea întins pe o parte și era parțial acoperit cu perdele vechi, cu un motiv floral decolorat. Chirurgul îi înfipsese câteva ace mari în coloană și prin acestea îi injecta soluție salină rece în canalul medular. Aceasta ar fi trebuit, se pare, să stimuleze refacerea măduvei spinării. Mișcările reflexe ale picioarelor bărbatului paralizat, pe care le produceau injecțiile, erau întâmpinate cu strigăte de entuziasm și considerate o dovadă că tratamentul dădea roade.

În timp ce mergeam de-a lungul unui coridor deosebit de întunecos și deprimant, un tânăr a venit în fugă la mine, ca un cocker spaniel entuziast. Era chirurgul pe care îl văzusem „operând“ bărbatul paralizat.

„Acesta este departamentul neurochirurgie“, a anunțat într-o engleză stâlcită. „Sunt trei departamente de neurochirurgie de urgență. Sunt Igor Kurilets, director al departamentului de urgențe ale coloanei vertebrale.“ Mă așteptam să continue lunga și plictisitoarea descriere. Mă obișnuisem repede cu litania de departamente, paturi și realizări cu care ești întâmpinat când vizitezi un spital din Ucraina și așteptam să fiu asigurat că chirurgia de urgențe ale coloanei ucrainene era la nivelul celei mondiale, dacă nu mai bună.

„Totul groaznic aici!“, a spus.

L-am plăcut pe Igor imediat. În afara academicianului Romadanov, era singurul medic pe care îl întâlnisem în cursul primei mele vizite care părea capabil să admită deschis că situația medicală din Ucraina – cel puțin în neurochirurgie – era cumplită. Uniunea Sovietică excelase în producția de arme și rachete, dar avusese un eșec total în serviciile de sănătate. Deși existau institute de cercetări cu denumiri impresionante și mii de profesori, realitatea însemna medici foarte slab pregătiți și spitale echipate extrem de modest, care erau adesea puțin mai bune decât cele pe care le-ai fi întâlnit în Lumea a Treia. Uniunea Sovietică, se spunea, „este Volta Superioară cu rachete“ – Volta Superioară, cum i se spunea atunci, fiind cea mai săracă țară din Africa. Majoritatea medicilor pe care i-am întâlnit, animați de un amestec de rușine, patriotism, invidie și jenă, se simțeau obligați să nege acest lucru și nu îi priveau cu ochi buni pe oamenii ca Igor, care îndrăzneau să arate cu degetul faptul că împăratul nu avea haine. Cultura sovietică nu încurajase niciodată critica și făcuse mari eforturi pentru a-i izola pe cetățenii săi de restul lumii. În ciuda căderii Uniunii Sovietice, Ucraina cea recent devenită independentă avea, în continuare, aceiași conducători din trecut, dar țara și oamenii ei veniseră deodată în contact cu lumea din afară și cu uriașa prăpastie care se crease între medicina occidentală și cea orientală.

Înainte de a părăsi Kievul după această primă vizită, am participat la o ședință ce avea loc la Ministerul Sănătății. Un birocrat inexpresiv, cu fața roșie, secretarul cutare al departamentului cutare, a făcut turul mesei lungi, oferindu-ne cartea sa de vizită, pe care titlurile sale oarecare erau enumerate corespunzător. Birocrații mai importanți, observasem, aveau atât de multe titluri și funcții încât era nevoie de mai multe cărți de vizită ca să le cuprindă pe toate. Acesta era doar un birocrat cu o singură carte de vizită, așa că evident nu era prea important.

Curând, mi-am pierdut interesul față de ceea ce se spunea. Pe lângă aceasta, totul trebuia tradus lent, ceea ce făcea să fie de două ori mai plictisitor. Camera, căptușită cu lambriu ieftin ca majoritatea birourilor sovietice guvernamentale, avea ferestre înalte care dădeau către un parc atrăgător. Ninsoarea începuse să cadă din nou. O dubă de poliție deșerta polițiști înarmați până în dinți ca să lupte împotriva protestatarilor, îmbrăcați în uniforme gri, însoțiți de câini-lupi germani. Atât câinii, cât și oamenii păreau să sară afară din fundul dubei cu mult entuziasm. În drum spre Ministerul Sănătății văzuserăm o demonstrație a Partidului Naționalist Ucrainean care se desfășura în fața clădirii din apropiere a Parlamentului, așa că poate polițiștii și câinii lor erau nerăbdători să dea o luptă serioasă. Omul de afaceri englez care mă adusese în Ucraina stătea lângă mine și mi-a șoptit că polițiștii din cadrul forțelor de intervenție împotriva protestatarilor erau peștii fetelor pe care le văzuserăm la hotel.

Avea loc o conversație neimportantă și fără sens, despre consolidarea cooperării medicale internaționale. La sfârșit am comentat că aș fi fericit să aranjez venirea unui neurochirurg ucrainean la Londra, ca să lucreze cu mine, dar am adăugat că putea fi vorba numai despre o singură persoană, și anume dr. Kurilets, directorul obscurului și neimportantului departament de traume ale coloanei vertebrale din Spitalul de Urgență. Acesta era un post care i se dăduse, mi-a spus el mai târziu, ca o formă de retrogradare, medicina sovietică fiind prea puțin interesată de schilozi sau paralizați. Știam suficient de bine că era extrem de improbabil ca lui Igor, aflat atât de jos pe scara ierarhică, să i se permită să iasă din țară, dar mi s-a părut că merita să încerc și în nici un caz nu aveam de

gând să invit pe vreunul dintre profesorii vârstnici și prefăcuți. Birocratul a părut pus în dificultate, iar eu m-am întors în după-amiaza aceea la Londra via Moscova.

După un an, aproape că uitasem speranțele pe care mi le făcusem la plecarea din Kiev când, total neașteptat, a sosit o felicitare de Crăciun de la Igor, iar înăuntru era și o scrisoare de la academicianul Romadanov, prin care acesta mă ruga să-l aduc pe Igor la Londra și să-i arăt chirurgia modernă.

Ceea ce începuse, în ceea ce mă privește, ca un fel de turism a devenit un lucru mai serios atunci când Igor a început să se confrunte cu opoziția din partea instituției medicale ucrainene. După ce a lucrat cu mine trei luni la Londra, s-a întors și a aflat că patronul său, academicianul Romadanov, murise. În loc să caute o nouă sursă de protecție și sprijin (o cerință esențială în societatea ucraineană, cunoscută sub denumirea de „acoperiș deasupra capului"), Igor s-a apucat să declare în public că neurochirurgia ucraineană e primitivă și înapoiată și că e nevoie de o revoluție în acest domeniu. Faptul că se ducea o luptă oarecum bizantină pentru succesiunea la postul academicianului Romadanov nu i-a venit deloc în ajutor. Poziția vânată implica și beneficii suplimentare importante, ca, de exemplu, un apartament mare și mașină cu șofer. Însuși șeful lui Igor sperase să obțină postul, iar nesupunerea lui Igor nu îi sporea șansele.

Următorii ani au fost într-adevăr foarte grei pentru Igor, care se zbătea să-și reorganizeze și să-și modernizeze departamentul în conformitate cu practicile occidentale. A urmat o lungă serie de denunțuri oficiale, anchete și telefoane de amenințare. O vreme a dormit în fiecare noapte în altă cameră. Nici nu îndrăznesc să-mi imaginez cum a reușit să facă față acestei situații.

Mi-am dat seama că dorința mea oarecum naivă de a-l ajuta produsese la fel de multe probleme pe cât rezolvase și totuși nu-mi venea să-l abandonez pur și simplu pe Igor. Așa că de fiecare dată când „detractorii" săi, cum îi numea, încercau să-l „lovească" – să-i închidă departamentul sau să-i concedieze personalul –, făceam ce puteam ca să-l ajut, deși, ce-i drept, de obicei o făceam de la mare distanță, aflându-mă, eu, personal, în siguranță totală. Iar când mergeam totuși la Kiev, știam că, indiferent cât de neplăcute ar fi fost

întâlnirile mele cu birocrații seniori, puteam oricând să fug înapoi acasă. Cu ajutorul lui Igor am scris articole în ziarele ucrainene și am organizat conferințe de presă. Am dus cu mașina în Ucraina echipament medical second-hand și i-am adus pe propriii lui medici stagiari la Londra, ca să lucreze cu mine. Am făcut operații pe creier care nu mai fuseseră vreodată făcute în Ucraina. Privind în urmă, date fiind condițiile precare în care operam și ostilitatea implacabilă a instituției medicale, ceea ce am făcut în acei ani mi se pare acum a fi aproape o nebunie. Presupunea, în mod evident, o încredere în sine și o independență pe care aveam să le pierd ulterior.

În ciuda începutului de rău augur și a panicii mele umilitoare, operația femeii cu nevralgia de trigemen a fost un mare succes, iar aceasta a apărut a doua zi la televiziunea națională ca să spună că pentru prima dată după mulți ani de zile nu mai avea dureri. Am luat avionul înapoi către Polonia, pentru a-mi recupera mașina pe care o lăsasem la un prieten. Adusesem cu mașina la el acasă, în vestul Poloniei, microscopul pe care îl folosisem pentru operație, iar Igor venise apoi din Ucraina cu o dubă veche ca să mă ia pe mine și să ia echipamentul.

Pe drumul către aeroport am făcut un ocol pe la Piața basarabeană din centrul Kievului. Piața basarabeană este echivalentul de la Kiev al Les Halles sau al Covent Garden – o clădire mare, circulară, din secolul al XIX-lea, cu un acoperiș din sticlă și fontă. Dedesubt este piața, cu femei aprige, dar prietenoase, purtând basmalele lor viu colorate și stând în spatele piramidelor frumos etalate din fructe, legume și murături. Există un raion de flori – ucrainenii își oferă flori la fiecare ocazie socială – și un raion de carne, cu capete întregi de porc și grămezi de carne proaspătă și sferturile din spate ale porcului atârnate de cârlige, ca niște perechi de pantaloni. Locul acesta are o franchețe și o inocență brută, o frumusețe aspră, tipică Ucrainei, dar care începe să dispară acum, când apar supermarketurile. Igor mi-a spus că Piața basarabeană mai funcționa încă numai pentru că devenise un fel de atracție turistică. Dintr-odată a devenit extrem de agitat și a arătat către unul dintre standurile de pește.

„Foarte rar!“, a spus, arătând către trei țipari afumați, lungi, dintr-o vitrină de sticlă. A cumpărat unul dintre ei și mi l-a oferit în dar.

Mirosea oribil.

„Foarte neobișnuit!“, a spus cu mândrie. „Sunt în Cartea roșie!“

„Ce e Cartea roșie?“, am întrebat.

„Cartea animalelor în curând moarte. Nici unul rămas. Ești norocos să ai unul“, a spus fericit.

„Dar, Igor, acesta ar putea fi ultimul țipar ucrainean!“, am spus, privind creatura lungă și cândva frumoasă, care înotase, strălucise în vreun râu îndepărtat din Ucraina, iar acum era afumată și moartă și înfășurată într-o pungă de plastic Giorgio Armani. Am luat țiparul din mâna lui Igor și l-am pus conștiincios în valiza mea.

La întoarcerea mea la Londra, câteva zile mai târziu, am aruncat țiparul afumat în curtea din spate, pentru că nu puteam să accept să-l mănânc și m-am gândit că o vulpe itinerantă, pe care o văd adesea plimbându-se agale dimineața devreme, ar putea să-l mănânce cu plăcere. Țiparul a dispărut a doua zi, dar m-am întristat când l-am găsit câțiva metri mai încolo, sub o tufă – fusese respins chiar și de vulpe. Așa că am săpat o groapă și l-am îngropat, ultimul țipar ucrainean, într-un strat de flori dese de la capătul grădinii.

6. Angor animi

subst. *senzația de a fi pe moarte, diferită de teama de moarte sau de dorința de a muri.*

Tot așa cum am mers pentru prima dată în Ucraina din curiozitate, și nu dintr-o dorință specială de a-i ajuta pe ucraineni – deși acum lucrez acolo de mai bine de 20 de ani –, am devenit medic nu dintr-un simț adânc al vocației, ci din cauza unei crize din viața mea.

Până la vârsta de 21 de ani, urmasem calea care părea în mod clar trasată în fața mea de familie și de educație. Era într-o vreme în care oamenii din mediul meu puteau pur și simplu presupune că locul de muncă îi aștepta – singura problemă era să te decizi ce anume voiai să faci. Primisem o educație englezească, particulară și privilegiată, într-o școală renumită, dedicând mulți ani studiului limbilor latină și

greacă și apoi studiului englezei și istoriei. După ce am terminat școala, mi-am luat doi ani liber și, după mai multe luni în care am editat, la Arhivele Naționale, documente privind obiceiurile și tradițiile medievale (un post obținut de tatăl meu prin intermediul multelor sale relații), am petrecut un an ca voluntar într-un colț îndepărtat al Africii de Vest, unde am predat literatura engleză. Am mers apoi la Oxford, ca să studiez Științe politice, Filosofie și Științe economice.

Eram menit, presupun, să am o carieră academică sau administrativă de un fel sau altul. În toți acești ani, nu am primit, practic, nici un fel de educație științifică. Cu excepția unui străbunic din partea mamei, care fusese, în primele decenii ale secolului trecut, doctor de țară în Prusia rurală, nu găseai nimic medical sau științific în familia mea. Tatăl meu, englez, era avocat pentru drepturile omului și profesor universitar, iar mama mea, refugiată germană din Germania nazistă, ar fi fost probabil filolog dacă nu ar fi refuzat să se alăture ramurii pentru femei a Tineretului Hitlerist – Liga Fetelor Germane –, motiv pentru care i s-a interzis accesul la universitate. În afara acelui medic din Prusia, strămoșii mei din ambele părți ale familiei erau profesori, clerici și comercianți (deși unchiul meu fusese pilot de vânătoare pe avioane Messerschmitt într-un escadron de elită, până când a fost împușcat în 1940).

În timp ce eram la Oxford m-am îndrăgostit, dragostea nu mi-a fost împărtășită și, împins de disperare și plângându-mi de milă, am abandonat studiile universitare, spre dezamăgirea profundă a tatălui meu, și am plecat să lucrez ca brancardier într-un oraș minier din nordul Angliei, încercând să-l imit pe Jack Nicholson atunci când se îndrepta către Alaska, la sfârșitul filmului *Cinci piese ușoare*. Mi-am petrecut acolo șase luni, ridicând în fiecare zi pacienții pe masa de operație și apoi de pe masă înapoi către paturi, curățând pereții și echipamentele și asistându-i pe anesteziști.

Locuiam într-o cameră mică dintr-un spital de boli infecțioase vechi, aproape abandonat, cu un acoperiș de tablă ondulată, pe malurile noroioase ale foarte poluatului râu Wansbeck. Era la câteva mile de coasta unde plajele erau negre de la cărbunele mineral. De la geamul meu vedeam în depărtare o centrală uriașă pe cărbune, cu coșuri

înalte care scoteau fum alb și abur, duse de vânt înspre mare. Noaptea, fumul care se ridica era luminat de lămpile cu arc de deasupra munților de cărbune aflați în vecinătatea sălilor turbinelor, dincolo de care vedeam buldozere târându-se sub stele. Am scris poezii de mâna a doua, concentrate obsesiv asupra persoanei mele, în care descriam această priveliște desprinsă atât din iad, cât și din paradis. Plin de melodramă tinerească, mă vedeam trăind într-o lume roșie ca sângele și albă ca laptele – deși operațiile pe care le vedeam nu erau prea sângeroase, iar iarna era blândă, fără strop de zăpadă.

Eram profund singur. Privind acum în urmă, e evident că încercam să-mi conștientizez propria nefericire lucrând într-un spital, într-un loc plin de boală și de suferință, și poate că în tot acest timp mă vindecam de angoasa adolescentină și de dragostea neîmpărtășită. Era și o revoltă rituală împotriva bietului meu tată bine intenționat, care până atunci stabilise în mare măsură cursul vieții mele. După șase luni trăite astfel, doream cu disperare să mă întorc acasă – atât la familie, cât și la o carieră profesională de clasă medie, de data aceasta însă una aleasă de mine. După ce am petrecut șase luni urmărind chirurgii operând, am decis că asta trebuia să fac. Mi se părea că violența controlată și altruistă a actului chirurgical era plină de farmec. Părea să implice emoție și siguranță a locului de muncă, o combinație de abilități manuale și intelectuale și, de asemenea, putere și statut social. Cu toate acestea, abia după opt ani, când, medic rezident fiind, am văzut acea operație de anevrism, mi-am descoperit vocația.

Am avut noroc că facultatea mea de la Oxford mi-a permis să revin, după anul de absență, pentru a-mi termina studiile și am fost ulterior acceptat să studiez medicina la singura facultate de medicină din Londra care primea studenți fără nici un fel de calificare științifică. După ce fusesem respins de toate celelalte facultăți de medicină din Londra pentru că nu aveam nici nivel O (obișnuit), nici A (avansat) în științe, telefonasem la Royal Free Medical School. M-au chemat la un interviu a doua zi.

Am avut interviu cu un scoțian vârstnic, fumător de pipă, administratorul Facultății de Medicină, într-un birou mic și înghesuit. Urma să se pensioneze peste câteva săptămâni și poate că faptul că m-

a admis la Facultatea de Medicină a fost un fel de glumă, sau un mod de a sărbători, sau poate se gândea în altă parte. M-a întrebat dacă îmi plăcea pescuitul la muscă. Am răspuns că nu. Mi-a spus că cel mai bine era să vezi medicina ca pe o formă de meșteșug, nici artă, nici știință – o părere pe care am ajuns să o împărtășesc, după niște ani. Interviul a durat cinci minute și mi-a oferit un loc la Facultatea de Medicină, ale cărei cursuri începeau trei săptămâni mai târziu.

Selecția pentru facultățile de medicină a devenit între timp un proces ceva mai riguros. Cred că Facultatea de Medicină ai cărei studenți se specializează în uriașul spital din Londra unde lucrez acum folosește în prezent jocuri de rol cu actori, pe lângă multe alte proceduri, pentru a selecta viitorii doctori. Candidații emoționați trebuie să își arate capacitatea de a da vești proaste, spunându-i unui actor că pisica tocmai i-a fost lovită de o mașină. Dacă nu iei scenariul în serios, mi s-a spus, ești respins fără întârziere. Rămâne, după părerea mea, să se dovedească dacă această abordare este mai bună decât procesul prin care am trecut eu. Se pare că actorii ajută la selectarea candidaților admiși.

Am intrat în programul numit Primul curs MB – care era un curs intensiv de științe elementare și care făcea trecerea către al Doilea curs MB, acesta fiind cursul standard de cinci ani de pregătire medicală a studenților. A fost ultimul an în care Facultatea de Medicină a avut un Prim curs MB, iar departamentul era un fel de fundătură științifică și academică, cursul fiind predat de o serie de oameni de știință excentrici și adesea acriți – deși mulți dintre ei erau chiar la începutul carierei, și au trecut rapid în alt domeniu. Unul a devenit scriitor științific recunoscut, altul a devenit, în cele din urmă, baron și președinte al Partidului Conservator. Ceilalți erau profesori mai în vârstă, care se apropiau de pensie, iar unii dintre ei nu se deranjau să își ascundă antipatia față de ușor ciudatul amestec de studenți din cadrul Primului curs MB – un agent de bursă, o prințesă saudită, un vânzător de camioane Ford – amestecați cu alții, studenți mai tineri care obținuseră rezultate slabe la testul de nivel A (iar unul dintre aceștia le și falsificase, după cum s-a dovedit ulterior). Zilele noastre treceau disecând și dezasamblând iepuri albi mari la biologie, titrând substanțe chimice la chimie și nereușind să înțelegem

prelegerile la fizică. Unii dintre lectori ne inspirau, alții erau hilari. Atmosfera era tensionată, aproape isterică – toți eram disperați să devenim medici și, dintr-un motiv sau altul, majoritatea dintre noi aveam sentimentul unui eșec, deși, din câte îmi amintesc, toți am trecut examenul final.

Apoi am făcut doi ani de studii preclinice la Facultatea de Medicină – anatomie, fiziologie, biochimie și farmacologie –, urmați de trei ani de studii clinice în spital. Anatomia presupunea ca studenții să fie împărțiți în grupuri mici, iar fiecărui grup i se dădea un cadavru îmbălsămat pe care noi îl dezmembram încet, în cursul întregului an. Dacă la început cadavrele nu erau din cale-afară de atrăgătoare, la sfârșitul anului erau de-a dreptul sinistre. Cadavrele erau ținute în Camera Lungă – un spațiu mansardat, mare și înalt, cu lucarne, cu vreo șase cărucioare pe fiecare parte, în care erau forme sinistre, acoperite cu prelate verzi. Locul mirosea puternic a formaldehidă.

În prima zi de curs, cu manualele de disecție proaspăt cumpărate și câteva instrumente într-un mic sul de pânză impermeabilă, așteptam unul în spatele celuilalt, puțin emoționați, pe scările care duceau la Camera Lungă. Ușile au fost deschise teatral de administratorul locului și am intrat pentru a ni se face cunoștință cu cadavrele noastre intacte. Era o parte tradițională a educației medicale, veche de câteva sute de ani, dar actualmente a fost în mare parte abandonată. Când ajungi chirurg, trebuie să înveți din nou anatomia de la zero – anatomia unui corp viu, sângerând, este foarte diferită de carnea unsuroasă, cenușie a cadavrelor îmbălsămate pentru disecție. Anatomia pe care am învățat-o prin disecție avea, poate, o valoare limitată, dar era un ritual de inițiere important, care marca trecerea de la lumea profană la lumea bolii și a morții și poate ne obișnuia cu aceasta. Era și un proces de socializare, să stai cu un grup de colegi studenți în jurul cadavrului tău, ciupind și zgâriind țesutul mort, învățând sutele de nume care trebuiau învățate – ale venelor, arterelor, oaselor, ale părților de organe și ale relațiilor dintre ele. Țin minte că am fost în mod deosebit fascinat de anatomia mâinii. Aveam în departamentul de anatomie o pungă de plastic cu câteva mâini, în diferite stadii de disecție, după care îmi plăcea să fac desene elaborate în culori, imitându-l pe Vesalius.

În 1979, am intrat în saloanele spitalului în care mă pregătisem, purtând halatul alb și lung de medic stagiar cu care înlocuisem jacheta scurtă de student medicinist. Mă simțeam foarte important. La alte spitale, am observat eu mai târziu, derutat, studenții mediciniști purtau halate albe lungi, iar stagiarii, scurte. Purtam cu mândrie, ca pe o insignă, pagerul – numit colocvial beeper – în buzunarul de la piept, iar în buzunarele laterale un stetoscop, un garou pentru luat sânge și un rețetar. După ce absolveai facultatea de medicină, urma un an de stagiatură – în cursul căruia erai un fel de om bun la toate –, șase luni lucrând la chirurgie și șase luni în medicină. Dacă îți doreai o carieră de chirurg sau de medic specialist – spre deosebire de cea de medic generalist –, încercai să te angajezi ca intern în spitalul universitar în care te pregătiseși ca student, astfel încât să te faci cunoscut medicilor primari, de al căror sprijin depindea integral cariera ta.

Eu voiam să fiu chirurg – cel puțin așa credeam –, astfel că am reușit să mă angajez într-o „echipă de medici“ în specialitatea chirurgie, cum se numea, în spitalul universitar în care făcusem practica. Echipa consta dintr-un medic primar, un specialist, un rezident și un stagiar. Eu lucram „1 în 2“, ceea ce însemna că lucram zi de lucru normală timp de cinci zile pe săptămână, dar făceam și de gardă, o noapte da, una nu, și o dată la două weekenduri, astfel încât eram în spital aproximativ 120 de ore pe săptămână. Predecesorul meu îmi înmânase beeperul, împreună cu câteva sfaturi despre cum să procedez pentru ca șeful să fie mulțumit și cum să-i ajut pe pacienții care erau pe moarte – nici unul din subiecte nefiind abordat la cursuri și în manuale. Îmi făcea plăcere senzația de putere și importanță pe care mi-o dădea programul prelungit. În realitate, aveam puțină răspundere. Îmi petreceam zilele și nopțile consultând pacienții internați, luând sânge, completând formulare și căutând radiografiile rătăcite. De obicei dormeam atât cât aveam nevoie și mă obișnuisem să fiu trezit în cursul nopții. Ocazional asistam în sala de operații, ceea ce însemna multe ore de stat nemișcat în picioare, ținând abdomenele pacienților deschise cu retractoarele, în timp ce superiorii mei scotoceau pe acolo. Privind în urmă acum, după 30 de ani, sentimentul meu de importanță de atunci pare foarte hilar.

Oricât de mult îmi plăcea să fac parte din mica armată de stagiari, pe măsură ce treceau lunile în care eram stagiar la chirurgie, deveneam din ce în ce mai nesigur cu privire la ceea ce aveam să fac cu cariera mea de medic. Realitatea chirurgiei se dovedise foarte diferită de impresiile superficiale pe care mi le făcusem pe vremea când eram brancardier. Chirurgia părea să presupună părți ale corpului cu miros neplăcut, sfinctere și fluide pe care le consideram aproape la fel de neatrăgătoare ca pe unii dintre chirurgii care se ocupau de ele, deși erau câțiva profesori de chirurgie în spital fără influența cărora nu aș fi devenit niciodată chirurg. M-au inspirat în egală măsură bunătatea cu care tratau pacienții și abilitățile lor tehnice. N-am văzut nici un fel de exemplu de neurochirurgie ca student sau ca stagiar. Accesul în sala de neurochirurgie era interzis, iar lumea vorbea despre aceasta cu evlavie, aproape cu teamă.

Am făcut următoarele șase luni de stagiu într-un spital vechi și dărăpănat din sudul Londrei. Clădirea găzduise un azil în secolul al XIX-lea și se spunea că nu scăpase încă, în rândul populației locale, de reputația groaznică de dinainte. Era genul de spital care făcea să fie de neînțeles devotamentul britanicilor față de sistemul național de sănătate, cu pacienți care stăteau ca vitele în camerele vechiului azil – încăperi mari și urâte cu zeci de paturi aliniate de o parte și de alta. Departamentul de urgențe era la parter, iar unitatea de reanimare era la primul etaj, imediat deasupra acestuia, dar în spital exista un singur lift, care se afla la o distanță de patru sute de metri pe coridorul principal. Dacă un pacient trebuia transferat rapid de la urgențe la reanimare, era sarcina stagiarului de gardă, cu ajutorul unui brancardier, să împingă patul pacientului pe tot coridorul, de la un capăt al spitalului la celălalt, să ia liftul, apoi să împingă pacientul și patul înapoi. Încercam să fac acest lucru cât de repede posibil, dând la o parte pe cei care se aflau pe coridor, confiscând liftul vechi și zgomotos, creând o atmosferă dramatică și de mare urgență. Mă îndoiesc că ar fi fost necesar din punct de vedere clinic, dar așa se proceda la televizor și îmi făcea plăcere. Chiar dacă aveam parte de prea puțin somn noaptea, existau o cantină a doctorilor și un bar ținute de o prietenoasă doamnă spaniolă, care îmi pregătea ceva de mâncare la orice oră din noapte. Era chiar și o peluză în fața clădirii

principale, unde jucam cricket cu colegii mei medici, când aveam timp.

Era multă muncă de rutină, cu mai multă răspundere decât prima slujbă de chirurg stagiar și cu mult mai puțină supraveghere. Am învățat foarte repede multă medicină practică, dar nu toate erau lecții plăcute. Eram la baza unei mici ierarhii în „echipa de medici“. Treaba mea era să văd toți pacienții – dintre care cei mai mulți fuseseră internați ca urgențe prin departamentul de urgențe – atunci când soseau și să am grijă de cei care erau deja în saloane. Am învățat foarte rapid că nu trebuia să-mi sun superiorii în legătură cu un pacient fără să fi văzut eu însumi pacientul mai întâi. Făcusem acest lucru în prima noapte de gardă, cerându-i medicului specialist, în subordinea căruia eram, sfatul înainte să mă fi dus să văd un pacient pentru care mă chemaseră asistentele, și am primit un potop de înjurături ca răspuns. Așa că, îngrijorat și fără experiență, vedeam toți pacienții, încercam să decid ce să fac, și îndrăzneam să-mi sun superiorii numai dacă eram cu adevărat nesigur.

Într-o noapte, la puțin timp după ce începusem, am fost chemat în primele ore ale dimineții pentru a vedea într-un salon un bărbat de vârstă medie care nu mai putea să respire, o problemă destul de obișnuită în saloanele aglomerate de la urgență. M-am dat jos din pat și mi-am pus pe mine jacheta albă (dormeam îmbrăcat, pentru că rareori prindeam mai mult de o oră sau două de somn fără să fiu chemat la urgență sau în saloane). Am intrat în salonul lung și întunecat Nightingale, cu cele 20 de paturi ale sale pe fiecare latură, așezate față în față. În acestea erau întinse forme agitate, care sforăiau, se mișcau. Două asistente stăteau la un birou în mijlocul camerei, o mică pată de lumină în întuneric, și se ocupau de hârtii. Mi-au arătat pacientul pe care doreau să-l văd.

„A venit ieri cu suspiciune de IM“, a spus una dintre ele, „IM“ fiind prescurtarea de la infarct miocardic sau atac de cord.

Bărbatul stătea în șezut în pat. Arăta îngrozit. Avea pulsul accelerat și respirația sacadată. Am pus stetoscopul pe pieptul lui și am ascultat inima și respirația. I-am făcut un EKG – o electrocardiogramă care arată ritmul inimii. Mi s-a părut că este destul de normal, așa că l-am liniștit și i-am spus că nu avea nimic grav la inimă.

„Ceva se întâmplă, doctore“, a spus, „simt că se întâmplă“.

„Totul este în regulă, ești doar speriat“, am spus, puțin iritat, dornic să mă întorc în pat. M-a privit disperat, văzându-mă că plec. Și acum îi mai aud respirația chinuită, sunetul acesteia urmărindu-mă ca o acuzație în timp ce plecam printre rândurile de paturi cu formele lor ghemuite, agitate. Încă mai aud cum, ajuns la ușa salonului, respirația lui s-a oprit brusc, iar peste salon s-a lăsat liniștea. M-am întors în fugă la pat, cuprins de panică, și l-am văzut prăbușit în pat.

„Sună echipa de resuscitare!“, am strigat la asistente, în timp ce-l loveam în piept. După câteva minute, colegii mei s-au năpustit în salon cu ochii încețoșați și ne-am chinuit jumătate de oră, fără nici un rezultat, să-i facem inima să pornească din nou. Medicul meu specialist s-a uitat la EKG-ul făcut mai devreme.

„Se pare că sunt semne de tahicardie ventriculară“, a spus cu dezaprobare. „Nu ai observat? Trebuia să mă fi sunat.“ Nu am răspuns.

Se numea înainte *angor animi* – angoasa sufletului –, senzația pe care o au unele persoane, atunci când au un atac de cord, că sunt pe punctul de a muri. Chiar și acum, după mai bine de 30 de ani, văd foarte clar expresia disperată a muribundului, privindu-mă în timp ce plecam.

Munca avea o intensitate oarecum înverșunată, palpitantă și, în scurt timp, mi-am pierdut altruismul simplu pe care îl avusesem ca student medicinist. Fusese ușor atunci să simt compasiune pentru pacienți, căci nu răspundeam pentru ceea ce se întâmpla cu ei. Dar împreună cu răspunderea vine teama de eșec, iar pacienții devin o sursă de îngrijorare și stres, iar uneori de mândrie pentru reușită. Mă confruntam cu moartea în fiecare zi, adesea când încercam să resuscitez pacienții și uneori când aveam pacienți care mureau în urma unei hemoragii interne. Realitatea resuscitării cardio-pulmonare este foarte diferită de ceea ce se arată la televizor. Majoritatea încercărilor sunt jalnice, violente și pot însemna ruperea coastelor pacienților vârstnici, care ar fi fost mai bine să fie lăsați să moară în pace.

Așa că am devenit împietrit, așa cum trebuie să devină medicii, și am ajuns să văd pacienții ca pe o rasă cu totul separată de doctorii tineri, extrem de importanți, invulnerabili, ca mine. Acum, când mă apropii de sfârșitul carierei, această detașare a început să dispară. Mă tem mai puțin de eșec – am ajuns să-l accept și mă simt mai puțin amenințat de el și am învățat din greșelile pe care le-am făcut în trecut. Pot îndrăzni să fiu ceva mai puțin detașat. În plus, odată cu trecerea anilor, nu mai pot nega că sunt făcut din aceeași carne și același sânge din care sunt făcuți pacienții mei și că sunt la fel de vulnerabil ca și ei. Așa că acum simt o compasiune mai profundă față de ei decât simțeam în trecut – știu că și eu, mai devreme sau mai târziu, voi fi ca ei, într-un pat dintr-un salon aglomerat de spital, temându-mă de moarte.

După ce mi-am terminat primul an de stagiatură, m-am întors la spitalul meu universitar din nordul Londrei, pentru a lucra ca stagiar anul II în cadrul unității de terapie intensivă. Hotărâsem, cu o convingere care-mi scădea cu fiecare zi, să încerc să mă pregătesc pentru chirurgie, iar activitatea de la terapie intensivă părea un pas util în acest sens. Treaba mea presupunea, în principal, completarea formularelor, punerea sondelor, luarea probelor de sânge și, ocazional, proceduri invazive, cum li se spune, care erau mai interesante pentru mine – ca, de exemplu, introducerea unui tub toracic sau a unui cateter în venele mari ale gâtului. Toate instrucțiunile practice erau date de stagiarii cu experiență mai multă. Perioada în care lucram la terapie intensivă a fost cea în care am coborât în sala de operație și am văzut operația de anevrism ce mi-a declanșat epifania chirurgiei.

Din momentul în care am știut exact ce doream să fac, viața mi-a devenit mult mai ușoară. După câteva zile, l-am căutat pe neurochirurgul pe care îl privisem operând anevrismul și i-am spus că doream să devin neurochirurg. Mi-a spus să mă înscriu la postul de neurochirurg stagiar anul II din departamentul său, care urma să fie anunțat în scurt timp. Am vorbit și cu unul dintre profesorii chirurgi în a cărui echipă lucrasem ca student. Un om extrem de amabil – genul de profesor de chirurgie pe care ajunsesem aproape să-l divinizez –, mi-a aranjat imediat să mă întâlnesc cu doi dintre cei mai

mari neurochirurgi din țară, atât ca să mă fac cunoscut ca viitor neurochirurg, cât și pentru a-mi face planuri pentru carieră. Neurochirurgia era o lume mică în anii aceia, cu mai puțin de o sută de specialiști în întreaga Mare Britanie. Unul dintre profesorii chirurgi cu care am fost să discut era la Royal London, în East End. Un bărbat foarte afabil, l-am găsit în biroul său fumând un trabuc. Pereții erau plini de fotografii cu mașini de formula 1, pentru că, am aflat, era medicul curselor de formula 1. I-am mărturisit dorința mea profundă de a fi neurochirurg.

„Ce părere are soția ta despre acest lucru?“, a fost prima sa întrebare.

„Cred că e de părere că este o idee bună“ am spus.

„Ei bine, prima mea soție nu a putut suporta această viață, așa că am schimbat-o cu un model diferit“, a răspuns. „E o viață grea, să știi, să te specializezi în neurochirurgie.“

După câteva săptămâni, am mers cu mașina la Southampton, pentru a mă întâlni cu un alt profesor neurochirurg. Era la fel de prietenos. Cu un început de chelie, păr roșcat și mustață, arăta mai curând a fermier jovial decât cum mă așteptam eu să arate un neurochirurg. Stătea la un birou plin cu teancuri de fișe ale pacienților, care aproape îl ascundeau vederii. I-am vorbit despre ambiția mea de a deveni neurochirurg.

„Ce părere are soția ta despre asta?“, m-a întrebat. L-am asigurat că totul avea să fie bine. O vreme a tăcut.

„Să operezi e partea ușoară, știi“, a spus. „Când ajungi la vârsta mea, realizezi că toate dificultățile au legătură cu luarea deciziilor.“

7. Meningiom

subst. *tumoare benignă, care se formează din învelișul fibros al creierului și al șirei spinării; în general crește încet, produce simptome prin presiunea asupra țesutului nervos.*

Luni dimineață m-am trezit la șapte, în zgomotul unei ploi puternice. Era februarie, iar cerul, văzut nedeslușit prin ferestrele dormitorului, era plumburiu. Aveam o lungă listă de operații în față, dar mă îndoiam că aveam să o termin, pentru că știam că din nou spitalul era plin ochi de pacienți și că era lipsă de paturi. Ziua avea să se încheie cu nefericirea de a fi nevoit să cer scuze cel puțin unui pacient care fusese obligat să aștepte toată ziua, fără să mănânce și să bea nimic, mort de foame și în tensiune, sperând să se elibereze un pat postoperator, doar ca să i se spună că operația trebuia amânată.

Așa că, blestemând vremea, bătut de vânt și de ploaie și înjurând situația paturilor din spital, am pedalat până la muncă. Am întârziat la ședința de dimineață și m-am așezat lângă unul dintre colegii mei, un neuroradiolog al cărui mod de interpretare a tomografiilor creierului – o abilitate foarte dificilă – nu are egal și de sfatul căruia depind ca să nu fac greșeli. L-am rugat pe Anthony, medicul rezident care fusese de gardă peste noapte la internările de urgență, să-mi prezinte situația celor internați. Stătea la calculator în partea din față a încăperii și mă așteptase să sosesc. Anthony era foarte tânăr și avea tendința să se entuziasmeze repede – o caracteristică deloc neobișnuită a chirurgilor, dar pe care majoritatea neurochirurgilor o pierd pe măsură ce câștigă experiență.

„Nu a fost nimic foarte interesant noaptea trecută“, a răspuns.

L-am privit și i-am spus iritat că problemele simple, de fiecare zi, sunt adesea cele mai importante.

Părea rănit de critica pe care i-o adusesem și pe moment am regretat că fusesem nepoliticos.

„Aceasta este o femeie de 96 de ani, care a trăit independent până acum și care a început să cadă prin casă“, a spus. „Are o stenoză aortică gravă – îi poți auzi murmurul cardiac de la capătul patului. Are o hemipareză stângă și nu poate merge, dar este complet orientată.“

I-am cerut unuia dintre cei mai noi stagiari, care stătea în rândul din față, să-mi spună cel mai probabil diagnostic.

„Singura afecțiune pe care am putea-o trata la cineva de această vârstă ar fi o hemoragie subdurală cronică“, a răspuns sigur pe el.

L-am întrebat despre semnificația stenozei aortice.

„Înseamnă că un anestezic general ar omorî-o, probabil.“

I-am spus lui Anthony să ne arate tomografia. S-a întors către tastatura calculatorului. A scris o serie de parole, dar a durat minute bune înainte să apară website-ul care să ne conecteze la spitalele municipale, de unde veneau majoritatea pacienților noștri. În timp ce butona la calculator, ceilalți stagiari râdeau și făceau glume pe seama sistemelor IT ale spitalului, încercând în același timp să-l ajute să găsească tomografiile pacientei.

„Software-ul pentru transferarea tomografiilor este o porcărie totală… Încearcă să dai refresh, Anthony – nu, mergi la View, apoi aștepți să afișeze – nu vrea nici așa. Trage-l în stânga. Degeaba. Încearcă să te întorci la login…“ În cele din urmă, tomografia creierului bătrânei a apărut brusc pe peretele din fața noastră. Arăta un strat gros de lichid, între interiorul craniului și suprafața creierului, distorsionând emisfera cerebrală dreaptă.

Era încă o persoană vârstnică cu hematom subdural cronic – cea mai comună urgență în neurochirurgie. Restul creierului nu arăta prea rău pentru vârsta ei, și mult mai puțin redus decât în cazul majorității persoanelor de 96 de ani.

„Tatăl meu a murit la vârsta asta de Alzheimer“, le-am spus. „Pe tomografie, creierul său arăta ca șvaițerul, atât de puțin creier îi rămăsese.“

„Deci, Anthony“, am continuat, „care este problema?“

„Este o problemă etică. Spune că preferă să moară decât să fie nevoită să-și părăsească casa și să ajungă într-un cămin pentru bătrâni.“

„Ei bine, nu este tocmai de neînțeles. Ai lucrat vreodată într-o secție de psiho-geriatrie sau într-un azil de bătrâni?

„Nu“, a răspuns.

Am început să le povestesc cum lucrasem, la un moment dat, ca asistent de psiho-geriatrie. Să ai grijă de un salon de 26 de bătrâni cu dublă incontinență nu era lucru ușor. Pe măsură ce populația îmbătrânește din ce în ce mai mult, vor fi din ce în ce mai multe scandaluri în presă privind abuzurile din căminele de bătrâni. Până în 2050, o treime din populația Europei va avea peste 60 de ani. Primul meu șef în chirurgie generală – un om minunat – și-a încheiat zilele

într-un azil, din cauza demenței. Fiica lui mi-a povestit că spunea întruna că dorea să moară, dar era într-o stare de sănătate excelentă și a durat o veșnicie. Când era tânăr, făcea o baie rece în fiecare dimineață.

„Totuși, nu putem s-o lăsăm pur și simplu să moară“, a spus unul dintre rezidenții din rândul din spate, întrerupându-mi monologul.

„De ce nu?“, am spus. „Dacă asta își dorește“.

„Dar poate că acum e deprimată. Și-ar putea schimba părerea.“

Am discutat o vreme pe această temă. Am atras atenția că acele comentarii pe care le făcuse se aplicau destul de bine unor persoane mai tinere, care mai aveau mulți ani de viață în fața lor dacă nu se sinucideau, dar nu eram prea sigur dacă se aplica unei persoane în vârstă de 96 de ani, care avea puține șanse de a se mai întoarce acasă.

L-am întrebat pe Anthony ce șanse credea el că avea femeia să se întoarcă la o viață independentă, în propria casă, în cazul în care o operam.

„Nu foarte mari, la vârsta ei“, a răspuns. „Deși mă gândesc că ar putea să se întoarcă pentru o vreme, dar tot va sfârși într-un azil, mai devreme sau mai târziu, dacă nu o termină mai întâi stenoza aortică.“

„Deci, ce ar trebui să facem?“, m-am adresat celor din încăpere. A urmat o liniște jenată. Am așteptat puțin.

„Singura ei rudă este o nepoată. Vine acum de dimineață“, ne-a spus Anthony.

„Atunci, orice decizie va trebui să aștepte până vine.“

Colegul meu de la radiologie s-a aplecat către mine și mi-a vorbit calm.

„Întotdeauna am considerat aceste cazuri ca fiind de departe cele mai interesante“, mi-a spus. „Cei tineri“, a făcut semn cu capul către rândul de rezidenți, „doresc cu toții să opereze și vor cazuri mari, de senzație – este destul de normal la vârsta lor, dar discuțiile despre aceste cazuri de fiecare zi sunt fascinante.“

„Ei, cândva eram și eu așa“, am răspuns.

„Ce crezi că se va întâmpla cu ea?“, a întrebat.

„Nu știu. Nu e un caz de care să trebuiască să mă ocup eu.“ M-am întors către doctorii adunați. „Mai sunt zece minute“, am spus. „Ne uităm la unul dintre cazurile de pe lista mea de azi?“ I-am dat lui

Anthony numele pacientului și a afișat o tomografie cerebrală pe perete, cu mai mult succes decât în primul caz. Tomografia arăta o tumoare imensă – un meningiom benign – care presa pe partea stângă a creierului pacientului.

„Are 85 de ani“, am început. „Când am ales neurochirurgia, acum 32 de ani, pe vremea când majoritatea dintre voi purtați încă pamperși, nu operam oameni atât de bătrâni. Oricine avea peste 70 de ani era considerat pur și simplu prea bătrân. Acum, se pare că nu mai există o limită de vârstă.“ Așa că le-am spus istoria, povestea despre pacient.

O văzusem pentru prima dată pe doamna Seagrave cu câteva săptămâni în urmă, la policlinică. Era văduva unui doctor eminent, foarte comunicativă, și a venit însoțită de cei trei copii ai ei de vârstă mijlocie – două fiice și un fiu – foarte profesioniști și la fel de comunicativi. A trebuit să merg în altă cameră ca să mai aduc scaune. Pacienta, o femeie mică de înălțime și dominatoare, cu păr lung, cărunt, îmbrăcată elegant și arătând mai tânără decât era, a intrat în cameră într-un mod autoritar. S-a așezat pe scaunul de lângă biroul meu, iar cei trei copii ai ei s-au așezat în șir, cu fața la mine, un cor politicos, dar ferm. Ca majoritatea persoanelor cu probleme care afectează partea frontală a creierului, femeia avea prea puțin discernământ în ceea ce privește dificultățile sale.

După ce m-am prezentat, am rugat-o, cu înțelegerea precaută a doctorului nerăbdător să ajute, dar și nerăbdător să evite rugămințile emoționale pe care le adresează pacienții doctorilor lor, să-mi spună despre problemele care au determinat-o să-și facă tomografia la creier.

„Mă simt perfect!“, a declarat cu un ton răsunător. „Soțul meu era profesor de ginecologie la St. Anne. L-ați cunoscut?“

Am răspuns că nu – că fusese cu ceva timp înaintea mea.

„Dar este pur și simplu revoltător faptul că ei“, a făcut un gest către copiii ei, care stăteau față în față cu ea, „nu vor să mă lase să conduc. Nu am cum să mă descurc fără mașină. E ceva atât de sexist… Dacă eram bărbat, m-ar fi lăsat să conduc.“

„Dar aveți 85 de ani…“, am spus.

„Nu are nici o legătură!“

„Și mai este și problema tumorii pe creier“, am adăugat arătând spre monitorul de pe biroul meu. „Ați văzut tomografia creierului dumneavoastră?“

„Nu“, a răspuns. „Chiar, ce interesant.“ O vreme a privit gânditoare tomografia în care se vedea masa mare, de dimensiunea unui grepfrut, care îi comprima creierul. „Dar chiar trebuie să mi se permită să conduc. Nu mă pot descurca altfel.“

„Dacă îmi permiteți“, am spus, „aș dori să pun câteva întrebări copiilor dumneavoastră.“

Am întrebat despre dificultățile pe care mama lor le avusese în ultimele luni. Cred că erau puțin reticenți să atragă atenția asupra problemelor acesteia în prezența ei – iar ea îi întrerupea întruna, contrazicând ceea ce spuneau și, mai ales, plângându-se de faptul că nu o lăsau să conducă. Pe rând și împreună, toți trei mi-au dat de înțeles că mama lor devenise confuză și uita. La început, în mod cât se poate de firesc, atribuiseră acest lucru vârstei sale, dar memoria i se înrăutățea constant și a fost consultată de un geriatru, care a recomandat tomografia cerebrală. Tumorile pe creier cum era a ei sunt o cauză rară, dar recunoscută a demenței și pot fi deja surprinzător de mari atunci când încep să cauzeze probleme. Era foarte posibil, totuși, ca pe lângă tumoarea pe creier să aibă și Alzheimer, iar operația de îndepărtare a tumorii, le-am spus, nu avea așadar cum să garanteze îmbunătățirea stării sale. Presupunea, de asemenea, și un real pericol de a-i deteriora încă și mai mult starea. Totuși, singurul mod de a ști precis dacă tumoarea era responsabilă pentru problemele ei ar fi fost îndepărtarea acesteia. Problema, le-am spus, era imposibilitatea de a-ți da seama din tomografie exact cât de mare era riscul de a-i deteriora și mai mult starea. Depinde de cât de lipită este tumoarea de suprafața creierului și, până când nu operezi, nu-ți poți da seama cât este de ușor sau de greu să o separi de creierul de dedesubt. Dacă este lipită, creierul va fi afectat și va rămâne paralizată pe partea dreaptă a corpului și nu va putea comunica, pentru că fiecare jumătate a creierului controlează partea opusă a corpului, iar funcția vorbirii este pe partea stângă a creierului.

„Nu puteți pur și simplu să îndepărtați numai o parte a tumorii“, a întrebat una dintre fiice, „și să lăsați partea lipită de creier?“

Le-am explicat că lucrul acesta rareori putea fi făcut, pentru că aceste tumori sunt adesea foarte solide și dacă lași în urmă o carapace solidă de tumoare, creierul rămâne comprimat, iar starea pacientului nu se îmbunătățește cu nimic. Iar tumoarea poate crește la loc.

„Dar cât de des este tumoarea lipită de creier?“, a întrebat cealaltă fiică.

„E greu de spus, dar presupun că în 20% dintre cazuri.“

„Asta înseamnă că există un risc din cinci ca să i se înrăutățească starea?“

De fapt, riscul de înrăutățire era ceva mai mare de atât, pentru că de fiecare dată când deschizi capul cuiva, există un risc de 1 până la 2% de hemoragie fatală sau de infecție, iar acel risc este probabil ușor mai mare la persoane de vârsta ei. Singura certitudine era că starea ei avea să se deterioreze încet dacă n-o operam – dar, am adăugat cu ezitare, sperând că doamna Seagrave nu va observa, am putea spune, dată fiind vârsta sa, că ar fi mai bine pur și simplu să nu o operăm și să acceptăm că se va deteriora încet, până când va muri.

Una dintre fiice a întrebat dacă exista un alt tratament în afară de chirurgie care ar putea s-o ajute. În timp ce doamna Seagrave ne întrerupea continuu, plângându-se de monstruoasa nedreptate de a nu fi lăsată să conducă, am explicat că radioterapia și chimioterapia nu erau de nici un folos în cazul acestui tip de tumori. Era cât se poate de evident că mama lor nu era capabilă să urmărească ce se discuta.

„Ce ați face dacă ar fi vorba despre mama dumneavoastră?“, a întrebat fiul.

Am ezitat înainte de a răspunde, pentru că nu eram sigur în privința răspunsului. Bineînțeles, este întrebarea pe care toți pacienții ar trebui să le-o pună doctorilor, dar pe care majoritatea nu prea îndrăznesc să le-o pună pentru că întrebarea sugerează că doctorii ar putea alege în cazul propriu altceva decât ceea ce le recomandă pacienților.

Am răspuns rar că aș încerca să o conving să se opereze, dacă noi – și am făcut un gest către toți patru, în timp ce vorbeam – am simți cu toții că își pierde independența și că se îndreptă către vreun fel de instituție de genul azilului. Dar am spus că era foarte greu – totul era incert și depindea de noroc. În timp ce vorbeam, eram așezat cu

spatele către fereastră, iar cei trei copii stăteau în fața mea, și mă întrebam dacă puteau vedea prin fereastra din spatele meu marele cimitir municipal, dincolo de parcarea spitalului.

Am încheiat întâlnirea spunându-le că nu era deloc necesar să ia o decizie pe loc. Le-am dat numărul de telefon al secretarei și i-am rugat să mă anunțe la momentul potrivit ce voiau să facă. Au ieșit din cabinet unul după celălalt, iar eu am pus la loc cele trei scaune și apoi am mers să iau următorul pacient din sala de așteptare. Peste câteva zile, Gail, secretarea mea, mi-a spus că hotărâseră – nu am cum să știu câtă muncă de lămurire au trebuit să ducă cu pacienta – că era mai bine să o operez.

A fost internată pentru operație la trei săptămâni după întrevederea care avusese loc la policlinică. În seara dinaintea operației, anestezista – tânără și lipsită de experiență – ceruse un examen numit ecocardiogramă. Ar fi posibil, a spus anestezista, să aibă probleme de inimă, dată fiind vârsta, deși nu avea nici un simptom de afecțiune cardiacă. Examenul era aproape sigur inutil, dar, chirurg fiind și având doar cunoștințe minime de anestezie, nu eram în situația de a mă opune. Le-am spus stagiarilor mei să solicite celor de la cardiologie să facă examenul a doua zi, la prima oră. Așa că în loc să operez, am petrecut o mare parte a zilei moțăind iritat pe canapeaua din salonul chirurgului, privind cerul gri prin fereastra înaltă, fără priveliște, așteptând rezultatul examenului. Din când în când, câte un porumbel trecea prin fața ferestrei, iar uneori vedeam câte un avion în depărtare, făcându-și drum printre norii joși către Heathrow.

Examenul, în ciuda insistențelor stagiarilor mei, nu s-a făcut până la patru după-amiaza. Cum era posibil ca operația să dureze câteva ore, iar eu trebuie să operez numai urgențe după program, a trebuit să-i explic pacientei nefericite și în lacrimi, când în cele din urmă a sosit la ușa sălii de operații în scaunul cu rotile, însoțită de o fiică furioasă, că eram obligat să anulez operația. I-am promis că o voi pune prima pe listă a doua zi, așa că a fost dusă înapoi în salon, iar eu am pedalat furios către casă. Adăugarea ei pe lista de a doua zi avea cel mai probabil să însemne că voi fi obligat să anulez alte operații, deja programate.

După ce am discutat cazul său cu stagiarii la ședința de luni dimineață, m-am dus la recepție, în afara blocului operator. Anestezista – alta, nu cea care ceruse ecocardiograma – era acolo împreună cu medicul meu rezident, Mike, care mă privea posomorât.

„Probele care au fost prelevate când a fost internată săptămâna trecută arată că are stafilococ și operația s-a amânat“, a spus Mike. „Sala de operație va trebui curățată timp de o oră după operația ei. Nu reușim să acoperim toată lista dacă o operăm pe ea întâi, așa că am reorganizat lista așa încât ea să fie ultimul pacient.“

„Asta e, va trebui să-mi încalc promisiunea că o voi opera prima“, am răspuns. „Totuși, nu prea are logică, nu? Îi fac analiza pentru stafilococ cu o zi înainte de operație și nu dau rezultatele decât după câteva zile. Dacă am fi operat-o conform programării de săptămâna trecută, nu am mai fi curățat o oră, nu?“

„Fiica doamnei Seagrave amenința că ne dă în judecată ieri-seară“, a spus. „Zicea că suntem infernal de dezorganizați.“

„Mă tem că are dreptate, dar nu ajută la nimic să ne dea în judecată, nu?“

„Nu“, a răspuns. „Doar înfurie pe toată lumea. Și e cât se poate de neplăcut.“

„De ce toată tevatura asta?“

„A venit anestezista și a spus că va trebui anulată operația.“

„O, Doamne, pentru ce?“, am explodat.

„Pentru că a fost pusă la sfârșitul listei și, prin urmare, nu vom termina înainte de ora cinci.“

„Care dracului de anestezistă?“

„Nu știu. O blondă subțirică – cred că e noua înlocuitoare.“

Am făcut cei câțiva pași până la camera anesteziștilor și mi-am strecurat capul pe ușă. Anestezista Rachel și stagiarul său erau rezemați de bancul de lucru de la perete și beau cafea din căni de plastic, în așteptarea primului pacient.

„Ce-i cu anularea ultimei intervenții?“, am întrebat. Anestezista era într-adevăr nouă – recent numită pentru a o înlocui pe anestezista mea obișnuită, care era în concediu de maternitate. Făcuserăm câteva liste împreună și păruse competentă și plăcută.

„Nu am cum să încep un meningiom mare la ora patru după-amiaza“, a declarat, întorcându-se către mine. „Nu are cine sta cu copilul astă-seară.“

„Dar nu putem s-o amânăm“, am protestat. „A mai fost amânată o dată!“

„Eu, una, nu mă bag.“

„Atunci, va trebui să-i rogi pe colegi“, am spus.

„Nu cred că se bagă, nu e urgență“, a răspuns apăsat, cu un ton hotărât.

Câteva clipe am amuțit. Mă gândeam că până acum câțiva ani, o astfel de problemă nu ar fi apărut niciodată. Întotdeauna încerc să termin lista la o oră rezonabilă, dar în trecut toată lumea accepta faptul că uneori putea dura mai mult. În sistemul național de sănătate premodern, specialiștii nu-și numărau niciodată orele – pur și simplu munceai până când se termina ce era de făcut. Am simțit o nevoie copleșitoare de a juca rolul chirurgului furios, spumegând și îmi venea să urlu, așa cum aș fi făcut în trecut:

„Ale dracului de grădinițe! Nu mai lucrezi cu mine niciodată!“

Dar ar fi fost o amenințare inutilă, pentru că nu decid eu cine îmi anesteziază pacienții. În plus, chirurgilor nu li se mai trec cu vederea astfel de ieșiri. Invidiez modul în care cei din generația care m-a pregătit pe mine își puteau descărca tensiunea intensă a muncii ieșindu-și din sărite, uneori chiar exagerat, fără teama de a fi acuzați de agresivitate sau hărțuire. Am făcut stânga-mprejur și am luat-o pe coridor, încercând să găsesc o soluție. Soluția a apărut imediat sub forma lui Julie – asistenta care se ocupa de administrarea paturilor și care venea pe coridorul blocului operator, căutându-mă.

„Am internat în camera de zi cele două coloane de rutină pentru lista dumneavoastră de azi, dar nu avem nici un pat în care să punem pacienții după aceea, au fost internate multe urgențe azi-noapte. Ce vreți să faceți?“, m-a întrebat, tensionată. Strângea între degete agenda cu lista lungă de pacienți care trebuiau internați, externați sau transferați și cu telefoanele administratorilor de paturi din alte spitale, care erau probabil la fel de stresați și nedoritori să îi accepte pentru că și ei aveau prea puține paturi.

„Dacă nu avem paturi în care să-i punem după operație“, am spus, bucurându-mă în sinea mea fiindcă aceasta însemna că operația doamnei Seagrave putea începe suficient de devreme pentru a putea termina până la cinci, „nu am cum să operez, nu? Va trebui să-i trimiți acasă. Măcar sunt operații minore“.

Prin urmare, lista programărilor era suficient de scurtată acum. Doi pacienți, ținuți nemâncați de la miezul nopții ca să fie pregătiți pentru operațiile înspăimântătoare care îi așteptau, urmau să primească o cană de ceai drept consolare și să fie trimiși acasă.

Am pornit fără tragere de inimă către camera de zi de pe secție, unde așteptau pacienții care urmau să fie operați în acea zi. Pentru că spitalul suferea de lipsă cronică de paturi, din ce în ce mai mulți pacienți erau aduși pentru intervenție în dimineața zilei respective. Aceasta este o practică standard în spitalele private și funcționează foarte bine pentru că există o cameră și un pat în care să pui fiecare pacient. Într-un spital supraaglomerat cum este cel în care lucrez însă, nu este cazul, așa că intrând în neîncăpătoarea cameră de zi, am găsit 15 pacienți, toți în așteptarea unei operații chirurgicale majore, înghesuiți într-o cameră de dimensiunea unei bucătării mici, având pe ei paltoanele udate de ploaia de februarie și care scoteau aburi din cauza aglomerației.

Mike stătea în genunchi în fața pacientului care avea să fie primul pe listă, pentru că operația doamnei Seagrave urma să se facă după-amiaza. Îi arăta cum să completeze formularul de consimțământ. Mike vorbește foarte tare, așa că probabil toți ceilalți pacienți auziseră ce spunea.

„Trebuie să vă previn că operația presupune riscuri și printre acestea se numără decesul, un atac cerebral major, o hemoragie majoră sau o infecție gravă. Semnați aici, vă rog.“ I-a întins pacientului formularul – un document care a devenit atât de complicat în ultima vreme, încât are și o tablă de materii pe prima pagină – și un pix, iar acesta a mâzgălit repede o semnătură, fără să îi arunce vreo privire.

Mi-am cerut scuze celor două femei ale căror operații de coloană fuseseră anulate. Le-am explicat că fuseseră internate câteva urgențe în cursul nopții, iar ele au dat politicos din cap că au înțeles, deși am văzut că una dintre ele plânsese.

„Încercăm să vă aducem înapoi cât se poate de curând“, am spus. „Dar mă tem că în acest moment nu știu când se va întâmpla acest lucru.“

Nu-mi place să le spun pacienților că le-a fost amânată operația în ultimul moment, la fel cum nu-mi place să le spun oamenilor că au cancer și o să moară. Îmi displace profund faptul că trebuie să-mi cer scuze pentru ceva care nu se întâmplă din vina mea, și totuși bieții pacienți nu pot fi trimiși la plimbare fără să le spună cineva o vorbă.

I-am spus două vorbe pacientului cu durere facială pe care aveam să-l operez primul, și apoi m-am adresat doamnei Seagrave, care aștepta într-un colț, cu fiica sa alături.

„Îmi pare foarte rău pentru săptămâna trecută“, am spus. „Și îmi pare rău că nu vă pot opera prima, dar promit că o voi face în această după-amiază.“ M-au privit amândouă cu o oarecare neîncredere.

„Mă rog, să sperăm“, a spus fiica ei cu o expresie morocănoasă. M-am întors către pacienții înghesuiți în cămăruță.

„Îmi pare rău pentru toate acestea“, le-am spus, făcând un gest cu mâna către camera aglomerată, „dar stăm prost cu paturile în acest moment“.

În timp ce spuneam acestea, reprimându-mi impulsul de a lansa o diatribă despre guvern și conducerea spitalului, m-am mirat, încă o dată, de faptul că pacienții din această țară se plâng atât de rar. Am plecat cu Mike către blocul operator.

„Crezi că m-am scuzat suficient?“, l-am întrebat.

„Da“, a răspuns.

Primul caz a fost o decompresie microvasculară – cunoscută ca DMV pe scurt. Era aceeași operație ca aceea pe care o filmaseră când am făcut-o la Kiev. Bărbatul suferea de nevralgie trigeminală de mulți ani, iar medicamentele analgezice standard deveniseră din ce în ce mai ineficiente. Nevralgia trigeminală este o boală rară – victima suferă de spasme dureroase înfiorătoare pe o parte a feței. Se spune că este ca un electroșoc masiv sau ca și cum ți-ar înfige cineva în obraz un cuțit înroșit în foc. În trecut, înainte să apară un tratament eficient, se știa că unii dintre cei care sufereau de această afecțiune se sinucideau din cauza durerii. Când am făcut cunoscută operația în

Ucraina, în anii 1990, câțiva dintre pacienții pe care i-am tratat mi-au spus că pentru că nu-și puteau permite tratamentul medicamentos, într-adevăr au fost pe punctul de a se sinucide.

Operația implică expunerea unei părți a creierului, printr-o deschidere foarte mică făcută în craniu, în spatele urechii, și deplasarea ușoară a unei mici artere de pe nervul senzorial – nervul trigemen – al feței. Presiunea arterei asupra nervului este răspunzătoare de durere, deși mecanismul exact nu este cunoscut. Este o operație microscopică foarte delicată, dar, dacă știi ce faci, este foarte clară din punct de vedere tehnic. Deși Mike avusese dreptate să-l sperie pe pacient cu formularul de consimțământ – iar eu îi vorbisem despre aceleași riscuri când l-am văzut la policlinică, în urmă cu câteva săptămâni –, avusesem numai de câteva ori probleme în cele câteva sute de astfel de operații și nu mă așteptam, de fapt, la nici un fel de dificultăți.

După ce am pătruns dincolo de craniu și am început să folosesc microscopul chirurgical, am găsit o venă anormal de mare care bloca accesul la nervul trigemen. Când am început să mă apropii de nerv, pătrunzând adânc în partea de craniu cunoscută sub denumirea de unghi pontocerebelos, vena s-a rupt și s-a pornit o hemoragie torențială de sânge venos, închis la culoare. Operam la o adâncime de șase sau șapte centimetri, printr-o deschizătură de doi centimetri în diametru, într-un spațiu la numai câțiva milimetri distanță, aflat în vecinătatea unor nervi și artere vitale. Sângerarea îți ascunde totul vederii și trebuie să operezi orb, ca un pilot pierdut într-un nor, până când poți controla punctul sângerării.

„Aspirare!“, am strigat asistentei de grup operator, în timp ce încercam să îndepărtez sângele cu un aspirator microscopic și să identific de unde venea sângerarea.

Nu era chiar o urgență de viață și de moarte, dar s-a dovedit foarte dificil să opresc sângerarea. Trebuie să găsești punctul de unde vine sângele și apoi să-l tamponezi cu bucățele mici de tifon hemostatic, pe care le presezi cu vârfurile unor instrumente microscopice, care au mânere în unghi pentru ca mâinile să nu-ți blocheze vederea, și să aștepți momentul în care vena trombozează.

„Nu e cazul să-ți pierzi cumpătul din cauza unei hemoragii venoase“, i-am spus lui Mike, privind puțin neliniștit băltoaca învolburată de sânge prin microscop. „Se oprește întotdeauna prin tamponare.“ Dar în timp ce spuneam acest lucru, am început să mă gândesc dacă acesta ar putea fi cel de-al doilea deces la o astfel de operație. Cu mai bine de 20 de ani în urmă, operasem un bărbat vârstnic cu nevralgie trigeminală recurentă și acesta murise în urma unui atac cerebral după câteva săptămâni, din cauza operației.

După 20 de minute, în ciuda eforturilor mele, sticla mare a aspiratorului de la capătul mesei era plină ochi cu sânge roșu-închis, iar Jenny, asistenta de bloc operator, a trebuit să aducă una nouă. Pacientul pierduse un sfert din tot sângele care-i circula prin corp. În cele din urmă, presată de instrumentele mele, vena tamponată s-a sigilat, iar sângerarea a încetat. Cum stăteam acolo, cu mâinile imobile ținând instrumentele microscopice apăsate pe vena ruptă, eram, bineînțeles, îngrijorat din cauza hemoragiei, dar eram la fel de îngrijorat că nu va fi suficient timp pentru operația doamnei Seagrave. Gândul de a-i anula operația încă o dată și de a trebui să dau din nou ochii cu ea și cu fiica ei nu era plăcut. Conștient fiind de faptul că începeam să mă simt presat de timp, m-am simțit nevoit să insist și mai mult timp decât ar fi fost, poate, necesar, ca să mă asigur că sângerarea se oprise. Dacă avea să înceapă din nou după ce îi închideam capul, rezultatul avea să fie aproape sigur fatal. La ora două eram mulțumit de hemostază, cum numesc chirurgii oprirea sângerării.

„Să trimitem după celălalt pacient“, i-am spus anestezistei, „ai o rezidentă cu experiență cu tine, așa că poate începe ea următorul caz în sala de anestezie, cât terminăm noi aici“.

„Mă tem că nu se poate“, a răspuns, „avem numai un ODA“ – ODA fiind tehnicienii care lucrează cu anesteziștii.

„O, Doamne, vrei, te rog, să trimiți după pacient?“

„Directorul ODA a stabilit o nouă regulă, conform căreia nu poți începe să te ocupi de următorul pacient până când primul nu a părăsit masa de operație. Poate fi periculos.“

Am oftat și am subliniat că nu avuseserăm niciodată probleme în trecut cu suprapunerea pacienților.

„Mă rog, nu ai încotro. Oricum, ar trebui să-ți programezi liste de operații mai realiste.“

Aș fi putut să-i explic că nu aveam cum să fi anticipat hemoragia neobișnuită. I-aș fi putut explica faptul că, dacă aș fi programat numai liste care luau în calcul neprevăzutul, nu aș mai fi făcut mare lucru. Dar nu am spus nimic. Acum era improbabil să începem operația doamnei Seagrave în mai puțin de o oră după terminarea primului caz. Aveam să fiu nevoit să operez în grabă dacă voiam să termin în jur de ora cinci, un lucru pe care îl detest. Dacă operația avea să depășească ora cinci, cei care se aflau în sala de operație ar fi fost obligați să rămână, bineînțeles, dar dacă aș fi „depășit timpul“ prea des, ar fi însemnat că în viitor avea să fie din ce în ce mai greu să încep să operez către sfârșitul zilei. Gândul de a trebui să anulez încă o dată operația era, cu toate acestea, mai neplăcut.

Am terminat primul caz și anestezista a început să trezească pacientul.

„Cred că putem trimite după pacient acum“, i-a spus uneia dintre asistente, care a ieșit ca să transmită mesajul. Știam că avea să dureze până când doamna Seagrave ajungea pe masa de operație, așa că m-am dus în biroul meu să termin niște treburi administrative. M-am întors la blocul operator după 20 de minute și am intrat în sala de anestezie, așteptându-mă să văd anesteziștii ocupându-se de doamna Seagrave. Spre disperarea mea, camera era goală, cu excepția unui ODA pe care nu l-am recunoscut.

L-am întrebat ce se întâmplase cu pacientul, dar a ridicat pur și simplu din umeri și nu mi-a dat nici un răspuns, așa că m-am dus la camera de zi, să văd ce se întâmplase cu doamna Seagrave.

„Unde e doamna Seagrave?“, am întrebat-o pe asistentă.

„S-a dus să se schimbe.“

„Dar de ce nu a fost schimbată până acum?“

„Nu avem voie.“

„Cum adică?“, am întrebat exasperat. „Cine nu vă dă voie?“

„Păi, guvernul“, a răspuns asistenta.

„Guvernul?“

„Da, guvernul spune că nu putem lăsa pacienți de sex diferit să stea în aceeași cameră cu hainele de operație.“

„De ce nu le dați halate?“

„Am propus acest lucru de nu știu când. Conducerea a spus că guvernul nu este de acord.“

„Și eu ce să fac? Să mă plâng prim-ministrului?“ Asistenta a zâmbit.

„Iat-o“, a spus asistenta când a apărut doamna Seagrave, în scaunul cu rotile pe care îl împingea fiica ei. Purta una din acele jenante cămăși de spital care abia dacă-ți acoperă fundul, așa că poate guvernul avea dreptate până la urmă.

„A trebuit să se schimbe în toaletă“, a spus fiica ei, dându-și ochii peste cap.

„Știu. Nu există amenajări separate pentru pacienții care vin în dimineața operației“, am spus. „Oricum, suntem în întârziere. O duc chiar eu în sala de operații.“ Așa că am apucat scaunul cu rotile și am împins-o rapid pe coridor.

Asistenta de salon a venit în fugă pe coridor după mine, ținând strâns dosarul medical al doamnei Seagrave.

Se făcuse deja ora trei, iar anestezista era evident nemulțumită.

„Am să fac eu însumi operația în întregime“, am asigurat-o în grabă. Mike era dezamăgit că îl dădeam la o parte – mai devreme îi spusesem că aveam să-l asist în timp ce avea să facă el operația. Acum trebuia să mă asiste el pe mine.

„Lucrurile par foarte clare, va fi ușor“, am adăugat. Era o minciună și nu mă așteptam ca Rachel să mă creadă. Sunt puțini anesteziștii care cred ce le spun chirurgii.

Așa că, la trei și jumătate, am început.

Mike a imobilizat capul pacientei pe masa de operație și i-a ras partea stângă.

„Acesta e genul de operație în care nu știi de fapt ce se va întâmpla“, i-am spus lui Mike printre dinți, nevrând să ne audă Rachel. „Poate sângera ca un porc înjunghiat. Tumoarea poate fi complet lipită de creier, ceea ce înseamnă că operația va dura ore întregi și, la sfârșit, ne vom alege cu un creier făcut praf și cu ea paralizată, sau tumoarea poate pur și simplu să țâșnească afară și să se răspândească prin sală.“

Cu scalpele, burghie și clipsuri, ne-am croit drum binișor prin scalpul și craniul văduvei regretatului eminent ginecolog. După vreo

40 de minute, deschideam meningele cu o forfecuță, pentru a expune creierul și tumoarea meningeală care îl presa.

„Arată destul de promițător“, a spus Mike, ascunzându-și vitejește dezamăgirea de a nu fi el cel care face operația.

„Da“, am încuviințat. „Nu sângerează prea mult și pare că va fi ușor de aspirat.“ Am luat aspiratorul de metal și l-am înfipt în tumoare. A făcut un sunet neplăcut, în timp ce tumoarea a început să dispară, desprinzându-se ușor de pe creier pe măsură ce se micșora.

„Uluitor!“, a spus Mike. După câteva minute, i-am strigat fericit lui Rachel: „40 de minute pentru a deschide craniul. Zece minute pentru a îndepărta tumoarea! Și a ieșit toată, iar creierul arată perfect!“

„Minunat“, a spus, deși mă îndoiam că mă iertase.

L-am lăsat pe Mike să închidă operația bătrânei doamne și m-am așezat într-un colț al sălii ca să scriu o notă în foaia de observație. A mai durat încă 40 de minute ca să terminăm operația, iar pacienta a fost dusă la terapie intensivă pe la ora cinci.

Am plecat cu Mike să facem turul saloanelor, pentru a vedea pacienții internați. În afara celor două cazuri de operații pe care tocmai le făcusem, mai erau doar câțiva pacienți, care se recuperau fără probleme în urma unor operații relativ minore la coloană făcute cu două zile în urmă, prin urmare vizita a durat doar câteva minute și apoi ne-am dus la terapie intensivă. Examinarea pacienților de la sfârșitul listei de operații pentru a se asigura că sunt, cum se spune în jargon, „treji și complet orientați, cu un GCS de 15“, este o importantă parte a zilei neurochirurgului.

Doamna Seagrave ședea pe jumătate ridicată în pat, având alături suporturile de perfuzie, seringile și monitoarele cu ecrane clipind. Cu atât de multă tehnologie este greu să crezi că se poate întâmpla ceva rău, dar ceea ce contează cu adevărat este ca o asistentă să trezească pacientul la fiecare 15 minute, ca să vadă dacă este alert și nu alunecă în coma produsă de o hemoragie postoperatorie. O asistentă îi curăța sângele și praful de oase din păr. Terminasem operația în grabă și uitasem să-i spăl și să-i usuc părul, un lucru pe care îl fac de obicei în cazul pacientelor.

„A mers totul perfect“, am spus, aplecându-mă ușor deasupra ei, de la marginea patului. Doamna Seagrave mi-a luat mâna și mi-a strâns-

o tare.

„Mulțumesc“, a spus, cu o voce ușor răgușită de la tubul de anestezic.

„A ieșit toată și e categoric benignă“, am spus. M-am întors și am mers să-l văd pe pacientul cu nevralgia trigeminală, care era în patul alăturat. Dormea, și l-am scuturat ușor. A deschis ochii și m-a privit ușor ametit.

„Cum e fața?“, l-am întrebat.

Și-a atins obrazul cu mare grijă. Înaintea operației, acest lucru i-ar fi produs cea mai groaznică agonie.

Arăta surprins și și-a apăsat obrazul puțin mai tare.

„A dispărut“, a spus, cu o voce uluită și a zâmbit fericit. „E minunat.“

„Operația a decurs perfect“, am spus. „Artera clar presa nervul. Consideră-te vindecat.“ Nu mi s-a părut deloc necesar să pomenesc despre îngrozitoarea hemoragie.

Am coborât și am mers în birou, ca să văd dacă mai aveam hârtii de pus la punct, dar de data aceasta, Gail îmi lăsase biroul gol. Avusesem o zi bună. Nu-mi pierdusem cumpătul. Terminasem programările. Pacienții erau bine. Patologia fusese benignă. Reușisem să anulez cele două operații de coloană de la începutul listei, și nu pe cele de la sfârșitul ei. Pacienții din saloane nu aveau probleme majore. Ce își poate dori mai mult un chirurg?

Când plecam, m-am întâlnit cu Anthony, care venea pentru tura de seară. L-am întrebat despre doamna în vârstă, cu hematom subdural cronic, care dorea să moară.

„Cred că au operat-o“, a spus. El s-a îndreptat către secție, iar eu am ieșit în noapte. Fiica doamnei Seagrave stătea afară, lângă intrare, în dreptul rastelelor unde îmi las bicicleta, și fuma o țigară.

„Cum a mers?“, a întrebat când m-a văzut.

„A mers perfect“, am răspuns. „S-ar putea să fie puțin confuză câteva zile, dar cred că se va reface foarte bine.“

„Bravo!“, a spus.

I-am răspuns că ținea în mare măsură de noroc, dar probabil nu m-a crezut – nu crede nimeni atunci când operația merge bine.

„Îmi pare rău că mi-am ieșit din sărite și l-am repezit pe rezidentul dumneavoastră ieri…“ a început ea.

„Nici nu vă mai gândiți“, am răspuns vesel. „Am fost și eu, la un moment dat, o rudă furioasă.“

8. Papilom de plex coroid

subst. *tumoare benignă a plexului coroid, o structură alcătuită dintr-un mănunchi de vili înăuntrul sistemului ventricular care produce lichid cerebrospinal.*

Acum 30 de ani, spitalele britanice aveau întotdeauna un bar al medicilor stagiari, unde te puteai duce să bei ceva la sfârșitul unei zile lungi, sau unde – dacă aveai puțin timp liber – puteai să-ți petreci seara fumând și bând, când erai de gardă, sau jucându-te la mașinile SpaceInvaders sau Pacman, într-un colț al încăperii.

Lucram ca stagiar în primul an la ginecologie, și devenisem medic numai de patru luni. Mai aveau să treacă 18 luni până să văd operația care m-a convins să devin chirurg. Stăteam la bar într-o seară, beam bere și bârfeam cu colegii, probabil discutam despre pacienți și afecțiunile acestora în acel mod ușor arogant pe care îl au medicii tineri când vorbesc între ei. Probabil că mă simțeam și puțin vinovat pentru că nu mă întorceam mai repede acasă ca să o văd pe soția mea, Hilary, și pe fiul nostru de trei luni, William, când pagerul meu a anunțat un apel exterior. Am găsit cea mai apropiată cabină telefonică și am auzit-o la celălalt capăt al firului pe Hilary care-mi spunea, cu voce disperată, că fiul nostru fusese internat la spitalul municipal, grav bolnav, cu o problemă la creier.

Îmi aduc aminte foarte clar cum am fugit de la spital la metrou, iar după ce am coborât din vagon, îngrijorat peste poate, am alergat pe străzile dosnice, întunecate și pustii din Balham – era iarnă și era deja târziu – către spitalul municipal. Acolo am găsit-o pe Hilary disperată, într-o rezervă liniștită, cu băiețelul nostru dormind agitat în brațele ei și având alături un specialist pediatru care mă așteptase.

Acesta mi-a spus că William avea hidrocefalie acută și că urma să fie transferat a doua zi la spitalul de copii din Great Ormond Street, ca să i se facă o tomografie la creier.

Eu și soția mea am petrecut următoarele câteva săptămâni în acea lume ciudată în care intri atunci când te temi pentru viața copilului tău – lumea din afară, lumea reală devine o lume fantomă, iar oamenii din ea, îndepărtați și nedeslușiți. Singura realitate este frica intensă, o frică generată de o dragoste neputincioasă, copleșitoare.

A fost transferat într-o vineri după-amiază – un moment mereu nepotrivit pentru a te îmbolnăvi grav – și s-a organizat o scanare cerebrală. Pentru că eram și eu medic, iar medicul stagiar care se ocupa de William s-a dovedit a fi, printr-o stranie coincidență, un vechi prieten din școală al lui Hilary, mi s-a permis să stau în camera de control a tomografului. Mi se părea ciudat să-i aud pe cei doi radiologi pălăvrăgind veseli despre o petrecere la care fuseseră, detașați și neinteresați de bebelușul învelit într-o pătură, care se vedea prin fereastra camerei de control stând întins în uriașa gogoașă mecanică a aparatului, alături de mama lui, trasă la față și disperată. Am urmărit imaginile care apăreau pe ecranul computerului, pe măsură ce tomograful își croia drum încet prin capul lui William. Se vedeau hidrocefalia acută și o tumoare imediat în centrul creierului său.

De la tomograf a fost dus înapoi în salon. Mi s-a spus că urma să vină mai târziu chirurgul specialist, ca să-l vadă. William era acum evident – sau cel puțin mi se părea mie evident – inconștient și foarte bolnav, dar chirurgul rezident m-a asigurat că doar dormea, ca urmare a sedării administrate pentru tomografie. După-amiaza a trecut și afară s-a făcut întuneric. Apoi ni s-a spus că e posibil ca chirurgul specialist să nu vină până lunea următoare. Într-un fel de stare de fugă psihogenă, bântuiam pe coridoarele lungi ale spitalului, acum în mare măsură pustii, încercând neputincios să-l găsesc pe specialist – un om care părea să fi devenit o figură mitică, la fel ca și neurochirurgii din propriul meu spital – și, în cele din urmă, disperat, incapabil să mai suport, mi-am abandonat soția și copilul și m-am dus acasă, unde am făcut zob un scaun de bucătărie în fața părinților mei alarmați și am jurat să dau în judecată spitalul dacă i se întâmpla ceva lui William.

În timp ce eu clacasem lamentabil, nereușind să fac față situației, chirurgul a venit, după cum am aflat mai târziu, l-a consultat pe William și a condus-o pe Hilary afară din cameră. A inserat drene de urgență în creierul lui William, prin fontanelă, pentru a elibera presiunea acumulată – cel puțin, privind în urmă, pot declara că am avut dreptate să fiu atât de speriat. Ni s-a spus că operația pentru îndepărtarea tumorii urma să aibă loc peste cinci zile. Cele cinci zile au fost o adevărată tortură.

În timp ce mergeam cu mașina spre casă în seara dinaintea operației, o pisică neagră a apărut în fugă direct în fața mașinii mele, la câteva sute de metri de casă. Roțile mașinii au trecut exact peste ea. Nu mai omorâsem niciodată un animal în acest fel și nici de atunci încolo n-am mai făcut-o. Am coborât din mașină și m-am dus să mă uit la biata creatură. Zăcea în șanț, evident moartă, cu gura și ochii deschiși, îndreptați către luna de pe cerul limpede de iarnă. Mi-am amintit că panglica cu numele de la încheietura mânuței lui William avea un cap de pisicuță pe ea, pentru că era un spital de copii, iar acolo le place să facă lucrurile în acest fel. Nu sunt superstițios, dar m-am speriat foarte tare.

William a fost operat într-o dimineață de miercuri. Cât timp a durat operația, eu și Hilary am petrecut multe ore măsurând cu pasul centrul Londrei. A fost o lecție care mi-a folosit atunci când am devenit și eu în cele din urmă chirurg cu specializarea încheiată – să știu cât de mult suferă familiile pacienților mei în timp ce operez.

Operația a reușit, iar William a supraviețuit, pentru că tumoarea s-a dovedit a fi un papilom de plex coroid benign, deși în raportul patologic scria că era malignă. Mai târziu am ajuns să înțeleg că puține tumori ale creierului apărute la acea vârstă sunt benigne, și chiar în cazul tumorilor benigne, riscurile chirurgicale în cazul unor copii atât de mici sunt imense. După ani de zile, când mă pregăteam eu însumi pentru neurochirurgie pediatrică, am văzut un copil care a murit în urma unei hemoragii în aceeași sală de operații în care fusese tratat fiul meu, căci șeful meu – chiar chirurgul care îi salvase viața fiului meu – avusese acum un eșec cu o tumoare similară.

Rudele îngrijorate și furioase sunt o povară pe care toți doctorii trebuie să o ducă, dar faptul că la un moment dat am fost și eu o astfel

de rudă a reprezentat o parte importantă a educației mele medicale. Medicii, le spun râzând stagiarilor mei, nu suferă niciodată destul.

9. Leucotomie

subst. *secționarea chirurgicală a fibrelor nervoase ale materiei albe a creierului; inițial, spec. lobotomie prefrontală; o formă a acesteia.*

Departamentul meu este neobișnuit de norocos pentru că are o cameră de zi pentru chirurgi imediat lângă blocul operator. Încăperea e mobilată cu cele două canapele mari din piele roșie pe care le-am cumpărat eu la puțin timp după ce ne-am mutat din vechiul spital. Când departamentul nostru a fost mutat din vechiul spital într-un bloc nou construit lângă spitalul principal, aflat la câțiva kilometri distanță de cel vechi, întregul etaj doi al noii clădiri a fost alocat neurochirurgiei. Totuși, pe măsură ce trecea timpul, conducerea a început să ne reducă din spațiu și una dintre sălile de neurochirurgie a devenit sală pentru chirurgia bariatrică – chirurgie pentru cei cu obezitate morbidă. Coridoarele și camerele au început să se umple cu figuri nefamiliare și pacienți de dimensiunea unor mici balene, care treceau pe lângă noi în scaune cu rotile. Nu ne mai simțeam ca acasă și mă temeam că începusem să am acea abordare ușor alienată, instituționalizată, care îi afectează pe atât de mulți dintre cei care lucrează în spitale uriașe, moderne.

Stăteam într-o zi în sala cu canapele din piele roșie și citeam o carte, în timp ce rezidentul meu pregătea un pacient. Începuserăm să ținem ușa camerei încuiată, pentru că acum erau foarte mulți străini în secția de chirurgie. Cum stăteam pe canapea, cineva a început să bată la ușă și să o zgâlțâie. Mă simțeam din ce în ce mai penibil, stând acolo și refuzând să deschid ușa. În cele din urmă, spre exasperarea mea, ușa a fost forțată și patru doctori – dintre care nu recunoșteam nici unul – s-au bulucit în încăpere, cu sendvișuri în mână. Jenat, m-am ridicat în picioare.

„Acesta este biroul neurochirurgiei!“, am spus, simțindu-mă ca un caraghios cu pretenții. „Nu aveți ce căuta aici!“

S-au uitat surprinși la mine.

„Conducerea a spus că vom împărți toate dotările“, a spus unul dintre ei, uitându-se scârbit la mine.

„Ei bine, conducerea nu a discutat niciodată acest lucru cu noi“, am răspuns. „Dacă ați avea biroul vostru, v-ar plăcea să dea lumea buzna, fără să ceară voie?“

„Suntem chirurgi“, a spus unul dintre ei, ridicând din umeri, dar au plecat și am plecat și eu, prea întors pe dos ca să mai rămân acolo, dar hotărât să păstrez puținul care rămăsese din teritoriul nostru de neurochirurgie.

M-am dus în sala de operații, unde era rezidentul meu, și am preluat operația. Era un caz neobișnuit de dificil și, când am îndepărtat tumoarea, am lezionat nervul responsabil cu partea stângă a feței pacientului. Poate s-ar fi întâmplat oricum – se numește „complicație recunoscută“ a acelei operații –, dar știu că nu mă aflam în starea de spirit potrivită pentru a face o operație atât de periculoasă și delicată, iar când am văzut pacientul la vizita în salon zilele următoare și i-am văzut fața paralizată și desfigurată, am simțit o rușine adâncă. Prea puțin mă consolează faptul că, începând de-atunci, eu și colegii mei nu am mai fost deranjați în camera cu canapele din piele roșie, mica noastră oază, deși cred că am devenit obiectul unei profunde antipatii în rândul multora dintre ceilalți chirurgi din spital.

Din motive pe care nu le-am aflat niciodată, toate ferestrele birourilor blocului operator, inclusiv ale încăperii cu canapele din piele roșie, se află la un metru și jumătate de podea. Singurul lucru pe care îl poți vedea prin ele, după ce te așezi, este cerul, cu câte un avion care își face drum prin nori către Heathrow, sau mai adesea cu câte un porumbel, sau uneori un pescăruș și, foarte rar, un vânturel. Mi-am petrecut multe ore întins pe cea mai lungă dintre cele două canapele, citind jurnale medicale, chinuindu-mă să rămân treaz, așteptând să fie pregătit următorul pacient, privind prin ferestrele înalte norii întunecați. În ultimii ani, intervalele dintre terminarea unei operații și începerea următoarei operații au devenit din ce în ce mai lungi. Problema este că nu putem începe o operație până când nu

știm că va exista un pat liber în care să punem pacientul după operație, și adesea lucrul acesta nu se întâmplă. Șirul de inițiative, planuri și avertismente din partea guvernului și a conducerii, care vizează eficientizarea muncii noastre, pare a fi jocul cu scaunele muzicale – muzica se schimbă mereu, într-adevăr, după ultima rundă de reforme, guvernul a schimbat chiar și orchestra –, dar întotdeauna sunt mai mulți pacienți decât paturi, așa că îmi petrec multe ore întins pe canapea, privind posac norii, urmărind porumbeii trecând rapid prin fața ferestrei.

Stăteam întins pe canapea, așteptând să preiau următorul pacient și moțăind cu o carte în mână. Colegul meu care operează în aceleași zile ca și mine stătea pe un scaun, așteptând și el ca următorul pacient să fie anesteziat.

„Văd că ni s-a spus că întreaga cultură a sistemului național de sănătate trebuie să se schimbe – după ce au murit toți pacienții aceia la Stafford. Ce mușamalizare. Totul depinde de cine e la cârmă“, a spus.

Mi-am amintit că pe vremea când eram încă student lucrasem câteva luni ca asistent la secția de psihogeriatrie pe termen lung a unuia dintre spitalele de psihogeriatrie pe termen lung din jurul Londrei. Majoritatea pacienților erau profund demenți. Unii veniseră din lumea de afară cu boli degenerative ale creierului, unii erau schizofrenici care își petrecuseră deja majoritatea vieții în spital, iar acum se scufundau până la sfârșitul vieții lor. Să mergi la muncă la șapte dimineața pentru a te confrunta cu o încăpere cu 26 de bătrâni, cu dublă incontinență, țintuiți în paturi, este o educație extremă, așa cum era să-i speli, și să-i razi, și să le dai să mănânce, și să le pui plosca, și să-i legi de scaunele geriatrice. Am întâlnit asistenți care erau total nepotriviți pentru acea muncă și pe alții care erau deosebit de răbdători și blânzi, în special un indian pe care îl chema Hurley și care era asistent-șef pe secție. Era o muncă infectă, cu puține recompense, și am învățat multe lucruri despre limitele bunătății omenești, în special ale bunătății mele.

Mi s-a spus că în secolul al XIX-lea, când fusese construit spitalul cumplit, asemănător cu o închisoare, existase pe terenurile întinse o

fermă a spitalului și că pacienții lucraseră la fermă, dar când am fost eu acolo, terenul era un câmp mare și gol. În loc să muncească la fermă, unii dintre pacienți beneficiau acum de ceva ce se chema terapie ocupațională. Aceasta presupunea trei psihologi ocupaționali – doamne solide de vârsta a doua, cu halate maro – care conduceau un șir răzlețit de bătrâni demenți pe câmpul din jurul spitalului, de două ori pe săptămână. Eram în 1976, anul marii secete, și terenul spitalului era pârjolit, iar fețele pacienților fuseseră arse de soare, pentru că celor mai mulți li se administra medicamentul antipsihotic Largactil, care este un fotosensibilizator. Pacienților li se dădea o minge de fotbal și erau lăsați de capul lor – majoritatea dintre ei se așezau pe jos și se uitau în gol. Și cei trei psihologi stăteau jos. Unul dintre pacienții deosebit de catatonici – i se făcuse lobectomie cu mulți ani în urmă – putea sta nemișcat ore în șir și servea drept spătar pentru una dintre psihologe, care stătea așezată pe iarba arsă, cu spatele sprijinit confortabil de al lui, și tricota. Îl chema Sydney și era cunoscut pentru organele genitale imense. În prima mea zi de muncă, fusesem chemat de ceilalți asistenți, la ora îmbăierii, ca să admir echipamentul lui Sydney, în timp ce el zăcea catatonic în baie.

În timp ce lucram acolo am auzit pentru prima oară numele spitalului renumit de neurochirurgie unde aveam să mă pregătesc și să devin în final specialistul neurochirurg principal. În anii 1950, mulți dintre pacienții pe care îi îngrijeam acum – cum era catatonicul Sydney – fuseseră trimiși la spital și supuși procedurii psihochirurgicale cunoscute sub numele de lobectomie sau leucotomie frontală. Era un tratament pentru schizofrenie la modă la vremea aceea și se considera că transforma schizofrenicii agitați, care halucinau, în persoane mai calme, mai fericite. Operația presupunea secționarea fibrelor nervoase care leagă lobii frontali de restul creierului cu un bisturiu de o formă specială și era complet ireversibilă. Din fericire, a început să nu mai fie practicată după descoperirea unor medicamente din categoria fenotiazinelor, ca de exemplu Largactil.

Bărbații cărora li se făcuse lobectomie erau, după cum mi se părea, unii dintre pacienții cei mai afectați – fără viață și apatici, ca niște zombi. Am fost șocat să aflu, când m-am uitat pe ascuns în fișele lor,

că nu exista nici o dovadă a nici unui fel de urmărire a evoluției sau de evaluare postoperatorie. În fișele tuturor pacienților cărora li se făcuse lobectomie exista o notă scurtă, care spunea că „se recomandă lobectomie. Pentru transfer la AMH*“. Următoarea înregistrare era „Revenire de la AMH. Se scot firele peste nouă zile“, și asta era tot. Mai apărea ocazional o înregistrare, după ani de zile, de genul „chemat să constat. Bătaie cu alt pacient. Tăietura de pe scalp cusută“, dar în afara observațiilor scrise la momentul primei internări a pacientului, de obicei cu un episod de psihoză acută, fișele de observații erau goale, deși pacienții erau internați de zeci de ani.

Cu doi ani în urmă fusese înființată o Comisie Regală Medicală Psihiatrică, drept reacție la un protest din presă pornit de la acuzațiile de brutalitate făcute de un student care, ca și mine, lucrase ca asistent într-un spital psihiatric pentru internări pe termen lung. Din acest motiv eram privit cu o considerabilă suspiciune de personalul spitalului când am sosit și mi-a trebuit ceva timp să-i conving că nu eram acolo ca să-i spionez. Bănuiesc că unele lucruri îmi erau ascunse, dar cât am fost acolo n-am văzut mai deloc acte de reală cruzime.

Într-o dimineață, pe când îi dădeam unui bătrân păsat cu lingura în gura lui știrbă, am fost surprins să-l văd pe asistentul-șef intrând în sala de mese. Mi-a spus că aveam după-amiaza liberă, fără să-mi spună însă care era motivul. Adusese cu el un sac mare de spălătorie plin cu costume uzate, dar curate, dintre care unele în dungi, și multă lenjerie de corp. Pacienții erau cu toții dublu incontinenți, așa că îi țineam pe toți în pijamale, pentru că era mai ușor să-i schimbăm și să-i spălăm, dar mie și colegilor mei asistenți ni s-a spus că toți pacienții trebuiau acum să fie îmbrăcați și să poarte lenjerie. Așa că bieții noștri pacienți demenți au fost toți îmbrăcați în costume prea mari, de mâna a doua, și puși în scaune geriatrice, iar eu am plecat acasă. A doua zi, când am venit la serviciu pentru tura de noapte, am găsit toți pacienții îmbrăcați înapoi în pijamale, iar saloanele reveniseră la normal.

„A venit Comisia Regală ieri“, mi-a spus Vince cu un zâmbet complice. „Au fost foarte impresionați de costume. Asistentul-șef n-a vrut să fii prin preajmă, ca să nu spui ceva nepotrivit.“

Vince era una dintre cele mai impresionante persoane pe care le-am întâlnit în lunga mea carieră medicală. Era ceva de-a dreptul remarcabil să lucrezi pe o astfel de secție, cu acele cazuri fără speranță, și să-i tratezi pe toți cu asemenea bunătate și tact. Uneori stătea în spatele câte unuia dintre bătrânii care bolboroseau, demenți și incontinenți, și își rezema mâinile, cu mânecile hainei albe suflecate, pe spătarul înalt al scaunului pacientului.

„Despre ce este vorba?“, spunea oftând. „Asta vreau să știu. Despre ce este vorba?“, iar noi râdeam și ne vedeam mai departe de muncă – hrănirea pacienților, spălarea pacienților, ridicarea și punerea pe toaletă, ridicarea de pe toaletă și, în cele din urmă, punerea lor în pat, la culcare.

După 35 de ani, spitalul este tot acolo, dar terenul a fost vândut și a devenit un teren de golf elegant. Pacienții pe care i-am îngrijit trebuie să fi murit cu toții, de mult timp.

„Ce citești?“ m-a întrebat colegul meu, văzând că aveam o carte pe genunchi.

„Ceva incomprehensibil despre creier“, am spus, „scris de un psiholog american specializat în tratamentul tulburărilor compulsiv-obsesive (TOC) prin terapie de grup bazată pe o combinație de meditație budistă și mecanică cuantică“.

A pufnit. „Ce tâmpenie totală! N-ai făcut tu odată psihochirurgie pentru TOC?“

Era adevărat. Moștenisem operația de la predecesorul meu, dar fusesem fericit să o abandonez. Presupunea efectuarea unor leziuni în nucleul caudat și în girusul cingular al lobilor frontali – un fel de microlobectomie fără efectele îngrozitoare ale acesteia. Psihiatrii mi-au spus că operația chiar dădea rezultate. Mie mi se păruse pură presupunere, dar recentele tomografii funcționale de înaltă tehnologie în TOC demonstrează că, într-adevăr, acestea sunt zonele implicate. Psihochirurgia a fost interzisă prin lege în California, de aceea mai mulți californieni disperați, care ajunseseră chiar suicidari din cauză că nu se puteau opri din spălatul mâinilor – teama de murdărie fiind una dintre problemele comune în TOC – veneau la noi pentru tratament. Îmi amintesc cum unul dintre ei și-a pus trei

perechi de mănuși înainte de a pune mâna pe pixul pe care i-l dădusem ca să semneze formularul de consimțământ care îmi permitea să-i fac câteva găuri în creier. În timp ce-i povesteam colegului meu despre experiența mea în psihochirurgie, în încăpere a intrat o asistentă.

„Domnule Marsh“, a spus aceasta, privindu-mă cu dezaprobare în timp ce stăteam prăvălit pe canapea, îmbrăcat în uniforma de bloc operator, „următorul pacient spune că tumoarea sa este pe partea dreaptă, dar în formularul de consimțământ scrie operație pe partea stângă“.

„Of, Doamne“, am spus. „Are tumoare parietală stângă și, prin urmare, are confuzie stânga-dreapta. Dacă vrei să știi, se cheamă sindrom Gerstmann. El este ultimul în măsură să spună în ce parte să-l operez! A semnat formularul de consimțământ ca la carte. Am vorbit chiar eu cu el aseară. Și cu familia. Continuă pregătirile.“

„Unii spun că nu cred că există cu adevărat sindromul Gerstmann“, a spus din celălalt colț al încăperii colegul meu, care se pricepe foarte bine la astfel de lucruri.

„Trebuie să mergeți să vorbiți cu el“, a spus asistenta.

„E de-a dreptul ridicol“, am bombănit, în timp ce mă adunam de pe canapea. Am parcurs scurta distanță până la sala de anestezie, trecând prin sala de operație unde Kobe, brancardierul sălii, făcea curat după prima operație, ștergând cu mopul sângele care mânjea în linii neregulate podeaua. Era grămada obișnuită de gunoi – echipament de unică folosință în valoare de câteva mii de lire, împrăștiat pe masa de operație, așteptând să fie pus în saci și trimis la incinerare. Am intrat printre ușile batante în sala de anestezie, unde bătrânul era întins pe o targă mobilă.

„Domnule Smith. Bună dimineața!“, am zis. „Înțeleg că doriți să vă operez pe partea dreaptă a capului.“

„O, domnule Marsh! Mulțumesc că ați venit! Știți, credeam că e pe partea dreaptă“, a răspuns, cu o voce în care era o urmă de nesiguranță.

„Problema dumneavoastră este pe partea dreaptă“, am spus. „Dar aceasta înseamnă că tumoarea este în partea stângă a creierului. Știți, totul este încrucișat.“

„A“, a răspuns.

„Știți, vă operez pe partea dreaptă dacă doriți, dar poate preferați să decid eu pe care parte?“

„Nu! Nu!“, a spus râzând. „Dumneavoastră decideți.“

„Atunci, va fi partea stângă“, am spus.

Am plecat din sala de anestezie. Acum asistenta avea să-i spună anestezistei că putea începe operația. M-am întors la canapeaua din piele roșie.

40 de minute mai târziu, asistenta s-a întors să-mi spună că următorul pacient era anesteziat și l-am trimis pe stagiarul meu să pregătească pacientul. Medicii stagiari lucrează atât de puține ore, încât sunt disperați să obțină și cea mai elementară experiență chirurgicală, iar eu mă simt obligat să le las lor întreaga parte de deschidere și închidere, întrucât aceasta este o operație simplă și relativ sigură a chirurgiei pe creier, deși aș prefera să o fac chiar eu. Anxietatea intensă pe care o simt când îmi supraveghez stagiarii, mult mai mare decât atunci când operez eu însumi, înseamnă că îmi este imposibil să părăsesc sala de chirurgie când operează orice în afara cazurilor celor mai simple, iar hârtiile care trebuie completate sunt prea multe ca să le aduc din biroul meu, așa că sunt nevoit să stau în încăperea cu canapeaua din piele roșie.

Intru și ies din sala de operație și privesc, cu puțină gelozie, ceea ce fac ei și mă pregătesc să intervin numai când s-a ajuns la creierul pacientului, iar operația devine mai complicată și mai periculoasă. Momentul în care preiau pacientul depinde de experiența stagiarului și de dificultatea cazului.

„Cum merge?“, întreb, intrând în sală, punându-mi ochelari de citit și o mască, pentru a arunca o privire în rană.

„Perfect, domnule Marsh“, răspunde stagiarul meu, dorindu-și să plec de acolo și dându-și perfect seama că mi-ar plăcea imens să-l dau la o parte și să preiau operația.

„Ești sigur că nu ai nevoie de mine?“, întreb cu speranță și, de obicei, sunt asigurat că totul este sub control. Dacă într-adevăr lucrurile par să stea așa, plec de lângă masa de operație, suspinând, și parcurg cei câțiva metri înapoi, până la camera de odihnă.

M-am întins pe canapea și am continuat să citesc.

Ca orice neurochirurg practic, am considerat întotdeauna filosofia așa-numitei „probleme minte–creier“ ca fiind derutantă și, în cele din urmă, o pierdere de timp. Mie nu mi s-a părut niciodată a fi o problemă, ci numai o sursă de uimire înfiorată și profundă surpriză faptul că propria mea conștiință, conștiința mea de sine, acel sine care se simte liber ca aerul, care încerca să citească, dar în schimb urmărea norii prin ferestrele înalte, sinele care încearcă acum să scrie aceste cuvinte, este de fapt vibrația electrochimică a unor sute de miliarde de celule nervoase. Autorul cărții părea la fel de uluit de „problema minte–creier“, dar când am început să-i citesc lista de teorii – funcționalism, epifenomenalism, materialism emergent, interacționism dualist sau, poate, dualism interacționist? –, am ațipit rapid, așteptând să vină asistenta să mă trezească și să-mi spună că era momentul să mă întorc în sală și să încep să operez creierul bătrânului.

10. Traumă

subst. *orice rană sau leziune fizică. Psihologic, un eveniment dureros și nociv în plan emoțional.*

Era devreme și trebuia să aștept sosirea medicilor stagiari. Zilele jachetelor albe s-au dus de mult, iar stagiarii apar în schimb în echipament de bicicletă din lycra sau, dacă au fost de gardă în timpul nopții, în uniformele de bloc operator pe care le-au făcut atât de populare serialele TV cu medici.

„Azi-noapte a avut loc o singură internare“, a spus rezidenta de gardă, stând în picioare în partea din față a încăperii, lângă tastatura calculatorului. Era diferită de ceilalți rezidenți, care sunt de obicei plini de entuziasm tineresc. Vorbea cu un ton iritat și dezaprobator. Lucrul acesta făcea în mod invariabil ca ședințele noastre să fie lipsite de viață atunci când era rândul ei să prezinte cazurile. N-am înțeles niciodată de ce a vrut să se specializeze în neurochirurgie.

„Este un bărbat de 40 de ani“, a zis ea. „Se pare că a căzut de pe bicicletă azi-noapte. A fost găsit de poliție.“

„Bicicletă?“, am întrebat.

„Da. Și, ca și dumneavoastră, nu purta cască de protecție“, a spus, cu o privire dezaprobatoare. În timp ce vorbea, scria la tastatură și pe peretele alb din fața noastră au început să apară din întuneric, ca o condamnare la moarte, felii ale unei tomografii uriașe, alb-negru, a creierului.

„N-o să vă vină să credeți“, s-a băgat în vorbă unul dintre ceilalți rezidenți. „Eram aici aseară și am preluat apelul de urgență. Au trimis tomografia pe un CD, dar din cauza porcăriei ăleia date de guvern în legătură cu confidențialitatea, au trimis două taxiuri. Două taxiuri! Unul pentru nenorocitul de CD și altul cu hârtiuța pe care era scris rahatul de parolă! Pentru o urgență! Cât de tâmpit poți să ajungi?“

Am râs cu toții, în afara rezidentei care prezenta cazul și care a așteptat să ne calmăm.

„Poliția a spus că vorbea când l-au găsit“, a continuat, „dar când a fost internat la spitalul municipal a început să aibă crize, așa că l-au intubat și ventilat și apoi i-au făcut tomografia“.

„E pa și pusi“, a strigat cineva din spatele încăperii, uitându-se la tomografie.

„Sper să nu supraviețuiască“, a spus brusc rezidenta de gardă. Am fost foarte surprins, pentru că știam din experiențele trecute că avea convingerea că trebuie tratați chiar și pacienții cu prognoza cea mai lipsită de speranță.

M-am uitat la medicii stagiari din primul rând.

„Uite, i-am spus uneia dintre ei, o fată cu părul negru care abia începuse să lucreze în departamentul nostru și care avea să fie cu noi numai două luni. „Sunt multe anormalități pe tomografie. Vezi câte poți identifica.“

„Este o fractură frontală, iar osul a fost împins în creier.“

„Ce s-a întâmplat cu creierul?“

„E sânge în creier – contuzii.“

„Da. Contuziile din partea stângă sunt atât de mari încât se cheamă lob frontal explodat. Toată acea zonă a creierului a fost distrusă. Dar cealaltă parte?“

„Sunt contuzii și acolo, dar nu la fel de mari.“

„Știu că la început vorbea și că, în teorie, ar putea avea o recuperare bună, dar uneori apare o hemoragie intraparenchimală întârziată ca aceasta, și tomografia arată acum o deteriorare catastrofică a creierului.“

„Care este prognoza?“, am întrebat-o pe rezidentă.

„Nu e bună“, a răspuns.

„Dar în ce măsură nu e bună?“, am întrebat-o. „Spune-mi în procente. 50%? 90%?“

„S-ar putea să-și revină.“

„Hai să fim serioși! Cu ambii lobi frontali făcuți praf în halul ăsta? Nu are nici cea mai mică șansă. Dacă îl operăm ca să rezolvăm sângerarea, ar putea supraviețui, dar va rămâne handicapat iremediabil, fără să poată vorbi și probabil și cu o schimbare de personalitate. Dacă nu-l operăm, va muri repede și în pace.“

„Mă rog, familia va dori să facem ceva. Este alegerea lor“, a răspuns ea.

I-am spus că ceea ce va dori familia va fi determinat în întregime de ceea ce le spune ea. Dacă le spune că „putem opera și îndepărta partea de creier afectat și ar putea supraviețui“, în mod sigur ar spune că trebuie să-l operăm. Dacă, în schimb, le spune: „Dacă îl operăm, nu există nici o șansă reală să revină la o viață independentă. Va rămâne profund handicapat. *El* ar dori oare să supraviețuiască în acest fel?“, familia ar da un răspuns total diferit. Ceea ce îi întreba de fapt era: „Îl iubiți suficient pentru a-l îngriji atunci când va fi handicapat?“ Și punând problema în felul acesta, nu le dădea nici o șansă. În cazuri din acestea, sfârșim adesea prin a opera pentru că este mai ușor să operezi decât să fii sincer și înseamnă că poți evita o conversație dureroasă. Ai putea crede că operația a reușit pentru că pacientul părăsește viu spitalul, dar dacă l-ai vedea după câțiva ani – cum mi se întâmplă mie adesea –, ai realiza că intervenția a fost un dezastru uman.

În încăpere s-a lăsat liniștea un timp.

„S-a luat decizia de a opera“, a spus rezidentul, sec. Se pare că pacientul era în îngrijirea unuia dintre colegii mei, iar una dintre regulile nescrise ale medicinei englezești este să nu îți critici

niciodată, în mod deschis, un coleg egal în grad, sau să nu treci peste decizia lui, așa că n-am comentat nimic. Majoritatea neurochirurgilor devin din ce în ce mai conservatori pe măsură ce îmbătrânesc – în sensul că recomandă operația în mai puține cazuri decât o făceau atunci când erau tineri. La fel se întâmplă și cu mine – dar nu numai pentru că am mai multă experiență decât în trecut și sunt mai realist în ceea ce privește limitările chirurgiei, ci și din cauză că sunt mai dispus să accept că poate fi mai bine să lași pe cineva să moară decât să-l operezi, atunci când este doar o foarte mică șansă ca persoana să se întoarcă la o viață independentă. Nu mă pricep mai bine acum decât înainte să prezic viitorul, dar mă îngrijorează mai puțin felul în care voi fi judecat de alții. Problema, desigur, este că prea adesea nu știu cât de mică este șansa unei bune recuperări, pentru că viitorul este întotdeauna nesigur. Este mult mai ușor să operezi, pur și simplu, fiecare caz și să ignori faptul că un astfel de tratament, aplicat în mod nediscriminatoriu, va avea ca rezultat un număr mare de persoane care supraviețuiesc cu afecțiuni teribile ale creierului.

Am ieșit cu toții în șir din încăpere și ne-am împrăștiat prin spital, ca să ne vedem de treburile zilnice – unii la sălile de operație, alții pe secții, la policlinică, la birouri. Am mers pe coridorul de la radiologie cu colegul meu neuroradiolog. Neuroradiologii își petrec ziua analizând radiografii ale creierului ale și măduvei spinării, dar de obicei nu interacționează în mod direct cu pacientul. Cred că își începuse cariera în neurochirurgie, dar a fost prea blând pentru a fi neurochirurg, așa că s-a făcut neuroradiolog.

„Soția mea este psihiatru, știi“, mi-a spus. „Pe când se specializa, a lucrat o vreme într-o unitate de traumatisme cerebrale. Sunt perfect de acord cu tine în privința aceasta – foarte mulți dintre cei cu traumatisme craniene au vieți groaznice. Dacă neurochirurgii ar urmări traumatismele grave la cap pe care le-au tratat, sunt sigur că ar fi mai atenți atunci când ar alege pe cine să opereze și pe cine nu.“

Am coborât la biroul meu, unde am găsit-o pe secretara mea, Gail, înjurându-și din nou calculatorul în timp ce încerca să intre într-una din bazele de date ale spitalului.

Am observat o foaie de hârtie lângă tastatura ei, tipărită în culori țipătoare și cu litere mari, înflorite.

„Acest certificat se acordă…“ începea. Continua cu faptul că Gail participase la ceva numit Seminar Catchup MAST.

„Ce-i asta?“, am întrebat arătând către hârtie.

„Pregătire profesională obligatorie și regulamentară“, a spus. „A fost o pierdere de timp totală. A fost suportabil numai pentru că unii dintre colegii dumneavoastră erau acolo și tot timpul l-au luat peste picior pe lector, care era complet pe dinafară. Am aflat după aceea că era specializat în catering – habar nu avea despre ce vorbea. Fusese pur și simplu învățat ce să spună. Mergeți și dumneavoastră astăzi, ați uitat?“, a adăugat cu un ton prefăcut dezaprobator. „Este obligatoriu pentru întregul personal, iar asta include și medicii specialiști chirurgi.“

„Serios?“, am răspuns, dar era adevărat că primisem o scrisoare de la directorul executiv, cu câteva săptămâni în urmă. În scrisoare se spunea că fusese informat că nu participasem la Pregătirea obligatorie și regulamentară și că era într-adevăr obligatoriu și regulamentar să particip. Faptul că găsise timp ca să îmi scrie dovedea că acest curs MAST era într-adevăr de o importanță vitală.

Așa că am ieșit din spital în soarele târziu de august și mi-am croit drum printr-una dintre multele parcări ale spitalului, abia reușind să evit un șir lung de tomberoane, trase pe drumul de serviciu de un bărbat cu o figură plictisită, și m-am prezentat la Centrul pentru pregătire și dezvoltare, o clădire modulară mare și fragilă, a cărei podea tremura în timp ce pășeam furios pe coridor către încăperea în care urma să se țină seminarul MAST. Întârziasem și veniseră deja în jur de 40 de persoane, care stăteau posace la birouri – un grup amestecat alcătuit din asistente, oameni de serviciu, funcționari și doctori și, fără îndoială, alți membri ai uriașei birocrații care formează un Trust al sistemului național de sănătate. Mi-am luat un scaun și m-am așezat într-un colț îndepărtat, în spatele încăperii. Lectorul – un tânăr cu barbă roșcată, frumos tăiată, și ras în cap – a venit și mi-a dat un dosar numit „Agenda MAST“. Mă simțeam de parcă m-aș fi întors la școală și am refuzat să-l iau – așa că, oftând, l-a lăsat răbdător pe podea în dreptul meu și s-a întors în fața încăperii, apoi s-a adresat publicului.

Seminarul era programat să dureze trei ore și m-am așezat să aștipesc puțin. Programul prelungit pe care îl lucrasem ca rezident, în trecutul îndepărtat, mă învățase arta de a adormi practic oriunde, pe orice suprafață.

La jumătatea programului era o pauză de cafea, după care aveau să ni se predea pregătirea în caz de incendii și principiile relațiilor cu clientul. În timp ce ieșeam din încăpere, am citit un mesaj pe telefonul mobil pe care îl închisesem disciplinat pe durata seminarului. Una dintre pacientele mele din salonul de femei era pe moarte, iar asistenta de pe secție mă sunase să-mi spună că familia dorea să vorbească cu mine. Așa că m-am întors la spital și am urcat la ea.

Pacienta în cauză era o femeie în jur de 40 de ani, cu un cancer de sân, care dezvoltase o tumoare secundară la creier. Tumoarea fusese îndepărtată de unul dintre stagiarii din ultimul an, printr-o operație efectuată cu o săptămână în urmă, dar la două zile după operație – care se desfășurase fără probleme – femeia suferise un atac cerebral major. Acum era pe moarte. Îmi dădusem seama, cu oarecare surprindere, încă de pe la începutul săptămânii că nimeni nu vorbise familiei ei despre acest lucru. Chirurgul care făcuse operația era plecat în concediu, la fel și propriul meu rezident. Eu fusesem ocupat cu intervențiile, și nici unul din medicii stagiari, care lucrau în schimburi, nu s-a simțit suficient de implicat în situația pacientei – pe care nu o cunoșteau – pentru a vorbi cu familia. Aranjasem, prin urmare, să mă întâlnesc cu rudele la nouă dimineața, uitând că trebuia să particip la seminarul MAST.

I-am găsit pe soțul pacientei și pe bătrâna mamă a acesteia șezând triști lângă patul femeii, înghesuiți în spațiul strâmt dintre patul ei și cel al pacientului de alături, într-un salon cu șase paturi. Femeia era inconștientă și respira greu și neregulat. Mai erau cinci pacienți în cameră, în paturi aflate la numai jumătate de metru distanță unele de altele, care o puteau privi cum murea încet.

Detest să dau vești proaste pacienților și familiilor lor în camere cum era aceasta, fiind auzit de ceilalți, ascuns privirilor lor de o draperie subțirică. De asemenea, detest să vorbesc pacienților și familiilor lor – „clienți“, cum îi numește Trustul – stând în picioare,

dar nu erau scaune libere, așa că am stat în picioare, nefericit, deasupra muribundei și a familiei ei, în timp ce le vorbeam. Ar fi fost nepotrivit să stau pe pat și, în plus, cred că acum este interzis de controlul împotriva infecțiilor.

„Îmi pare foarte rău că nu am vorbit cu dumneavoastră mai devreme“, am început. „Mă tem că a suferit un atac cerebral după operație. Tumoarea era lipită de una dintre arterele majore ale creierului și, când se întâmplă astfel de lucruri, chiar dacă reușim să îndepărtăm tumoarea, uneori apare, după câteva zile, un atac la nivelul arterei.“

Soțul și mama m-au privit tăcuți.

„Ce se va întâmpla?“, m-a întrebat bătrâna sa mamă.

„Știți“, am spus ezitând, „cred că probabil va…“ Am ezitat din nou și am coborât vocea, foarte conștient de prezența celorlalți pacienți care ascultau și întrebându-mă dacă să folosesc unul dintre multele eufemisme pentru moarte. „Cred că probabil va muri, dar nu știu dacă se va întâmpla în următoarele câteva zile sau va dura mai mult.“

Mama ei a început să plângă.

„Cel mai groaznic coșmar al oricărui părinte este să supraviețuiască propriului copil“, am spus.

„Era singurul meu copil“, a răspuns mama ei printre lacrimi. Mi-am pus mâna pe umărul ei.

„Îmi pare foarte rău“, am zis.

„Nu e vina dumneavoastră“, mi-a răspuns. Nu mai era nimic de spus, așa că după un timp am plecat să o caut pe asistenta de pe secție.

„Cred că doamna T. moare“, i-am spus. „Nu o putem pune într-o rezervă?“

„Știu“, a zis asistenta. „Încercăm să găsim o soluție, dar e o mare problemă cu paturile în momentul acesta și va trebui să mutăm o mulțime de pacienți de colo-colo.“

„În dimineața asta sunt la ședința MAST despre relațiile cu clienții“, i-am spus.

Asistenta de secție a pufnit. „Acordăm așa o îngrijire de doi bani acum“, a spus furioasă. „Înainte era cu mult mai bine.“

„Dar pacienții îmi spun mereu ce bine e aici“, am răspuns, „în comparație cu spitalele locale“. Nu a zis nimic și a plecat în grabă,

ocupată ca întotdeauna.

M-am întors la Centrul de pregătire și dezvoltare. Cea de-a doua sesiune începuse deja. Prezentarea în PowerPoint ajunsese acum la un slide cu o listă lungă de Principii de servire și îngrijire a clientului.

„Comunicați eficient“, am citit. „Fiți atenți la detalii. Acționați prompt.“ Eram, de asemenea, sfătuiți să dezvoltăm empatie.

„Trebuie să vă păstrați sângele rece și calmul“, ne-a spus Chris, lectorul. „Gândiți cu claritate și rămâneți focalizați. Emoțiile vă pot afecta comportamentul.“

Ce ciudat este, m-am gândit în timp ce-l ascultam vorbind, că după 30 de ani de luptă cu moartea, dezastre și nenumărate crize și catastrofe, după ce am văzut pacienți care mi-au murit în brațe cu hemoragie, după ce am avut certuri furioase cu colegii, întâlniri groaznice cu rudele, momente de disperare totală și de exaltare profundă – pe scurt, o carieră tipică în neurochirurgie –, ce ciudat este că sunt obligat acum să stau și să ascult un tânăr specializat în catering care îmi spune că ar trebui să-mi dezvolt empatia, să rămân focalizat și să-mi păstrez calmul. De îndată ce registrul în care semnam la sfârșitul seminarului a trecut printre rânduri, iar eu am semnat, astfel confirmând că Trustul poate spune acum că am beneficiat de pregătire în domeniul Empatiei și al Autocontrolului și în domeniul clasificării Abuzurilor și a Extinctoarelor, și al multor altor lucruri pe care le-am uitat deja, am ieșit în fugă din sală, în ciuda protestelor lui Chris, care striga că nu terminase încă.

A doua zi dimineața, în timp ce-i povesteam lui Gail despre cursul meu, a apărut la ușă un doctor stagiar. Arăta neliniștit și nefericit. Era unul dintre doctorii de la secția de neurologie – o secție pentru persoane cu afecțiuni ale creierului care nu au nevoie de tratament chirurgical. Acestea sunt afecțiuni precum scleroza multiplă sau boala Parkinson, sau boli ciudate și obscure, uneori netratabile, pe care neurologii le consideră extraordinar de fascinante și pe care le colecționează ca pe niște fluturi rari și despre care scriu în revistele lor.

„Îmi cer scuze că vă întrerup…“, a început.

„Chiar deloc“, am răspuns, arătând spre teancurile de fișe de observație și de alte hârtii care zăceau pe biroul meu și pe podea, de

jur împrejur. „Mă bucur cât se poate de mult să fiu distras de la așa ceva.“

„Am internat în weekend o femeie de 59 de ani, cu disfazie progresivă și apoi crize, iar pe tomografie pare că ar avea ADEM.“

„ADEM? Nu sună prea chirurgical“, am spus.

„Encefalo-mielită diseminată acută**“, a răspuns – cu alte cuvinte, o inflamare bruscă și catastrofică a întregului creier și a măduvei spinării.

I-am spus că nu credeam că operația ar fi de mare ajutor.

„Da, dar în dimineața asta s-a dus și i-a explodat pupila stângă, iar tomografia arată o inflamare difuză. Ne-am gândit că ar putea avea nevoie de decompresare.“

Am pus mâna pe tastatura calculatorului. Din câte spunea, se părea că femeii i se umflase atât de tare creierul, încât începea să moară din cauza presiunii care i se forma în cap, creierul umflat fiind prizonier, ca să zicem așa, în craniu. O pupilă „explodată“ – însemnând că pupila unuia dintre ochi devenise foarte mare și nu se mai contracta la lumină – este primul semn a ceea ce poate fi un proces fatal rapid. Faptul că „s-a dus“ – că și-a pierdut cunoștința – însemna că, dacă nu se făcea foarte repede ceva pentru a reduce presiunea din cap, avea să moară în următoarele ore sau poate chiar mai repede de-atât.

Tomografia arăta că întregul său creier, dar mai ales partea stângă, era închis la culoare din cauza inflamației grave, termenul medical pentru aceasta fiind edem cerebral. Edemul era o reacție la ADEM, deși nu se cunoaște cauza propriu-zisă a ADEM-ului.

Unele părți ale creierului pot fi îndepărtate fără a lăsa pacientul infirm, dar dacă aș fi îndepărtat partea inflamată a creierului acestei femei, aceasta ar fi rămas total handicapată, incapabilă de a vorbi sau chiar de a înțelege ce i se spune.

„Ce părere aveți despre o craniectomie decompresivă?“, a întrebat neurologul stagiar. Aceasta este o operație care presupune îndepărtarea părții de sus a craniului pacientului pentru a crea mai mult spațiu pentru creierul inflamat. Poate însemna salvarea de la moarte a unui pacient, dar nu avea nici un sens să-i tai femeii jumătate de craniu dacă avea să rămână oricum o legumă. „Ar putea să se recupereze destul de bine.“

„Serios?“, am întrebat.

„Mă rog, ar putea…“

Nu am spus nimic o vreme și m-am uitat cu tristețe la tomografie. Am observat că avea aproape aceeași vârstă ca și mine.

„Astăzi nu e rândul meu să operez“, am spus în cele din urmă. „Cred că ar trebui să-i acordăm beneficiul îndoielii.“ I-am spus că încerc să văd dacă pot aranja cu unul dintre colegi să facă operația și am dat câteva telefoane. M-am apucat din nou de hârtii – operația necesară era simplă și grosolană, dar aș fi preferat de o mie de ori să o fac eu însumi în loc să citesc rapoarte și să dictez scrisori nesfârșite. Ca toți chirurgii, nu voiam decât să operez.

După ceva timp m-am dus la sala de operație, să văd cum se descurca colegul meu.

Am fost uimit să văd că lumina din camera de anestezie de lângă sala de operație, care este un fel de anticameră a acesteia din urmă, era stinsă, iar încăperea era în întuneric. Era un lucru cât se poate de neobișnuit. Am deschis ușa și am avut un șoc la intrare – pe patul cu rotile pe care sunt așezați pacienții în așteptarea anesteziei se afla un cadavru înfășurat într-un giulgiu. Trupul fără viață era înfășurat într-un cearșaf legat cu un nod mare în partea de sus, în așa fel încât să nu se vadă capul. Arăta ca o siluetă dintr-o pictură medievală a Dansului Morții.

Simțindu-mă foarte tulburat, am trecut de inexplicabilul cadavru și am băgat capul pe ușa sălii de operație, unde colegul meu, asistentele și anesteziștii începeau operația femeii cu ADEM. Eram într-o dilemă – le murise cineva pe masa de operație? De unde venea cadavrul? Decesele în timpul operației sunt foarte rare – mi se întâmplase acest oribil dezastru chirurgical numai de patru ori în cariera mea –, iar atmosfera din sala de operație după aceea era întotdeauna sumbră și macabră. Uneori asistentele plângeau, și eu însumi eram gata să plâng, mai ales dacă pacientul care murise era copil. Și totuși, colegul meu și echipa păreau toți cât se poate de veseli și, simțeam eu, în sinea lor râdeau de mine. M-am simțit prea jenat ca să întreb de ce era un cadavru în sala de anestezie – dacă avusese loc un deces pe masa de operație, nu voiam să le rănesc sentimentele, atrăgându-le

atenția asupra acestui lucru. Așa că, în schimb, l-am întrebat cum avea să desfășoare craniectomia decompresivă.

Stătea la capul pacientei, luminat puternic de becurile speciale. Acesteia îi fusese ras părul, iar el îi picta acum capul chel și depersonalizat cu soluție iodată antiseptică maro.

„A, o craniotomie bifrontală mare“, a spus. Urma să decupeze partea din față a craniului femeii, pentru a permite creierului inflamat să iasă din strânsoarea oaselor. După aceea, se coase pur și simplu scalpul și, dacă pacientul supraviețuiește, se poate pune la loc osul decupat, la o dată ulterioară, după ce a dispărut inflamarea.

Mă simțeam foarte jenat, aproape speriat, în timp ce vorbeam. Simțeam la numai câțiva pași în spatele meu, în camera întunecată de anestezie, prezența sinistră a cadavrului în giulgiu. L-am întrebat ce avea să facă cu coasa creierului, foaia de meninge care separă cele două emisfere cerebrale și care ar putea leza creierul femeii când acesta, umflat, avea să iasă din craniul deschis.

„O secționez, după ce am sacrificat anterior sinusul sagital“, a răspuns. Am continuat discuția în această notă tehnică o vreme, până când, în cele din urmă, mi-am adunat curajul ca să-l întreb despre cadavru.

„A“, a spus râzând, iar restul echipei din sală a râs împreună cu el. „Ai observat! Este doar un donator de organe – un traumatism cranian cu moarte cerebrală, de la terapie intensivă. Mai curând, ceea ce a rămas din el. Ciclistul de acum două seri. Nu a supraviețuit, în ciuda operației. Probabil e mai bine că s-a întâmplat așa. Echipa de transplant s-a ocupat azi-noapte. Inimă, plămân, ficat și rinichi – au luat totul, la momentul potrivit. Erau încântați. Au terminat mai târziu decât de obicei, iar brancardierii schimbau tura, așa că nu au apucat să-l ia încă de aici.“

11. Ependimom

subst. *tumoare cerebrală derivată din celulele non-nervoase care*

căptușesc cavitățile ventriculelor creierului.

Aveam puține operații de făcut, în schimb multe hârtii care mă așteptau în birou, organizate în câteva grămezi amenințătoare de către Gail – bănuiesc cu o oarecare bucurie răzbunătoare, pentru că suntem într-o permanentă stare de război, fiecare dintre noi încercând să basculeze hârțogăraia în biroul celuilalt. Numeroasele e-mailuri de la conducerea spitalului pe care le-am șters fără să le citesc. Printre multele scrisori, era una de la un medic dintr-un spital din Lincolnshire, care îmi cerea sfatul în legătură cu una dintre fostele mele paciente – o tânără pe care o operasem de trei ori în ultimii zece ani de o tumoare pe creier numită ependimom, tumoare care tot revenea, devenind mai agresivă și mai malignă de fiecare dată. Făcuse toată radioterapia și chimioterapia posibile și fusese internată acum în spitalul local ca fiind un caz terminal, cu dureri severe de cap cauzate de reapariția tumorii. Medicul mă ruga să mă uit la ultima tomografie ca să văd dacă se mai putea face ceva, pentru că familiei ei îi era greu să accepte că fata se apropia de sfârșitul vieții.

Ajunsesem să o cunosc bine pe Helen de-a lungul anilor și ajunsesem să o plac foarte mult. Poate aceasta era o greșeală. Era întotdeauna încântătoare și părea să facă față remarcabil de bine bolii, deși uneori m-am întrebat dacă acest lucru nu se întâmpla cumva doar pentru că era pur și simplu nerealistă în ceea ce privește perspectivele sale. Negarea nu este întotdeauna un lucru rău. Familia îi era devotată și, chiar dacă îmi mulțumeau cu efuziune de câte ori ne întâlneam, mă priveau cu un asemenea amestec de speranță și disperare intensă, încât ochii lor păreau pistoale pentru împușcat cuie, care mă țintuiau de perete.

„Familiei i s-a spus de către un neurochirurg din alt spital“, adăugase medicul din Lincolnshire în scrisoare, „că dacă se mai face încă o operație pentru tumoare, el va putea apoi să-i facă terapie fotodinamică, iar familia își dorește cu disperare să faceți dumneavoastră operația, astfel încât fata să poată beneficia de acel tratament“. Scrisoarea era însoțită de un CD cu ultima tomografie a lui Helen și, după așteptarea și înjurăturile obișnuite, am reușit să o văd pe calculatorul meu. Arăta o recurență extinsă a tumorii, în lobul

temporal drept al creierului – o zonă pe care, teoretic, o puteam opera din nou, dar care presupunea ca intervenția, dacă reușea, să ofere în cel mai bun caz doar câteva săptămâni în plus de viață.

Era evident că familiei i se dăduseră speranțe false – s-a dovedit acum ceva timp că terapia fotodinamică e prea puțin utilă și eram furios că i se sugerase să încerce așa ceva. Totuși, părea puțin probabil ca familia să accepte că nu se mai putea face nimic și știam că aveau să ceară să se facă orice, chiar dacă asta însemna ca viața să i se mai prelungească cu doar câteva săptămâni. Deloc entuziasmat, l-am sunat pe rezidentul meu și l-am rugat să organizeze transferul pacientei la spitalul nostru.

În tot cursul zilei și până seara, am primit o serie întreagă de telefoane și SMS-uri în legătură cu problemele aparent insurmontabile pe care le presupunea transferul pacientei de la un spital la altul. Spuneau că Helen era inconștientă și avea nevoie acum să fie ventilată în timpul transferului și, prin urmare, era necesar un pat pentru terapie intensivă la sosire. Nu aveam astfel de paturi. Am sugerat medicilor locali să încerce la unitatea neurochirurgicală cea mai apropiată, deși știam că medicii de acolo nu vor fi impresionați de planul meu de a opera un caz atât de lipsit de șanse, dar asta, mi-am zis eu, era din cauză că nu-i cunoșteau familia. Ceva mai târziu mi s-a spus că se simțea mai bine și că nu mai avea nevoie de un pat pentru terapie intensivă. L-am sunat atunci pe rezident, care mi-a spus că aveam paturi pe secție și că puteam să o internăm. La zece seara, spitalul din Lincolnshire m-a sunat pentru a-mi spune că asistenta responsabilă cu administrarea paturilor din spitalul meu le spusese că nu avem nici un fel de paturi.

Într-o stare de iritare din ce în ce mai mare, am luat mașina și m-am dus până acolo, ca să găsesc un pat și pe asistenta care se ocupa de internări. Am găsit-o – o asistentă extrem de competentă, cu care lucram de ani de zile – lângă camera asistentelor.

„De ce nu putem interna pacienta din Lincolnshire?“, am întrebat.

„Îmi pare rău, domnule Marsh, așteptăm ambulanța de la Londra să vină să ia alt pacient și nu putem accepta un pacient nou până când nu se eliberează patul“, a răspuns.

„Dar vine de la aproape 200 de kilometri!“, am spus, aproape urlând. „O să ajungă naibii în toiul nopții, dacă tot insiști să aștepți să vină întâi ambulanța, ca să ia celălalt pacient.“

Asistenta mă privea îngrijorată și mă temeam că avea să izbucnească în plâns.

„Uite, spune-le să o trimită“, am zis, încercând din greu să vorbesc cu mai multă amabilitate. „Dacă sunt probleme, spune că e numai vina mea și că am insistat…“

A dat din cap fără să spună ceva, evident necăjită că i-am cerut să încalce un protocol de internare stabilit de conducere. Nu am putut să o întreb ce avea să facă, nedorind să o supăr și mai rău. M-am întors și am plecat acasă. În trecut, așa ceva nu s-ar fi putut întâmpla – întotdeauna s-ar fi găsit un pat și niciodată nu mi-ar fi pus cineva la îndoială instrucțiunile.

Helen a ajuns în cele din urmă la miezul nopții, deși dimineața, când am venit eu la spital, nimeni nu știa în ce salon fusese dusă și m-am dus la ședința de dimineață fără să o fi văzut. La ședință i-am spus rezidentului de gardă să afișeze tomografia pacientei. Am făcut un scurt rezumat al poveștii lui Helen.

„De ce credeți că operez acest caz fără speranță?“, i-am întrebat pe stagiari. Nimeni nu s-a oferit să răspundă, așa că le-am explicat despre familia ei și despre faptul că li se părea imposibil să accepte că nu se mai putea face nimic.

În cancere cu progresie lentă poate fi foarte greu să știi când să pui punct. Pacienții și cei din familia lor devin nerealiști și încep să creadă că pot fi tratați la nesfârșit, că sfârșitul nu mai vine, că moartea poate fi amânată la nesfârșit. Se agață de viață. Le-am spus celor din încăpere despre o problemă similară, de acum câțiva ani, cu un copil de trei ani, copil unic, născut în urma fertilizării in vitro. Îl operasem de ependimom malign și s-a simțit bine, iar apoi a făcut radioterapie. Tumoarea a recidivat – ceea ce se întâmplă întotdeauna cu ependimomul – după doi ani, l-am operat din nou și apoi a recidivat din nou, în adâncul creierului, la puțin timp după aceea. Am refuzat să-l operez din nou – părea total fără rost. Conversația cu părinții săi a fost groaznică: nu voiau să accepte ceea ce spusesem și au găsit un alt neurochirurg, care l-a mai operat de trei ori în

următorul an și, până la urmă, băiatul tot a murit. Apoi, părinții au încercat să mă dea în judecată pentru neglijență. Era unul dintre motivele pentru care am încetat să mă mai ocup de partea de pediatrie. Iubirea, le-am reamintit stagiarilor mei, poate fi foarte egoistă.

„Din acest motiv operați acest caz? Vă e teamă să nu fiți dat în judecată?“, a întrebat cineva.

De fapt, nu mă temeam de intentarea vreunui proces, dar mă temeam ca nu cumva să fiu laș sau poate doar leneș. Poate aveam să operez pentru că nu puteam să dau ochii cu familia și să le spun că sosise momentul ca Helen să moară. În plus, specialiștii în cancer consideră un mare succes dacă ultimele medicamente scumpe țin pacienții în viață câteva luni în plus.

„Ce este terapia fotodinamică?“, a întrebat altcineva.

„Să pui lumina laserului pe tumoare“, a explicat colegul meu Francis. „Aceasta penetrează numai până la o adâncime de un milimetru și s-a dovedit a fi cât se poate de inutilă. Să recomanzi așa ceva acum e foarte dubios. Cred că ești nebun“, a adăugat, uitându-se la mine. „Aceasta va fi cea de-a patra operație a ei, a făcut radioterapie, tumoarea va crește la loc în câteva săptămâni – prezintă un risc crescut de infectare a osului decupat din craniu și atunci vei fi nevoit să-l îndepărtezi și să o lași cu o gaură mare sub scalp și va muri încet și abject de o ciupercă.“

Nu puteam nega faptul că se putea întâmpla așa ceva. M-am întors către șirul de rezidenți din spatele sălii și am întrebat dacă văzuse cineva o *fungus cerebri*.

Se părea că nu văzuse nimeni și speram să nu vadă nici unul din ei vreodată așa ceva. Eu văzusem o singură dată și aceasta se întâmpla în Ucraina. Dacă, după ce ai operat o tumoare malignă, ești nevoit să scoți osul decupat care s-a infectat și dacă nu-l mai pui la loc, pacientul moare lent pentru că tumoarea recidivează, dat fiind faptul că ea se poate extinde către exterior, prin defectul craniului de sub scalp. Pacientul arată ca un extraterestru din Star Trek, cu o bucată de creier în plus. Nu mori repede din cauza presiunii intracraniene crescute, cum s-ar întâmpla în cazul în care craniul ar fi intact.

„Nu se poate pune o placă metalică în locul osului?“, a întrebat unul dintre stagiari.

„Probabil tot s-ar infecta“, am spus.

„Dacă osul decupat se infectează, de ce nu-l lăsăm la locul lui?“, a întrebat.

„Și să lași să curgă valuri de puroi din capul pacientului? Poate dacă pacientul ar fi acasă, dar într-un salon de spital nu ai cum să lași o infecție deschisă“, a spus Francis. „Mă rog, sper să scapi, dar tot cred că ești nebun. Spune «nu» și gata.“

Am operat-o în a doua parte a acelei dimineți. Am găsit o tristă încâlceală de tumoare, creier muribund și vase de sânge și n-am reușit să fac mare lucru. În timp ce-l asistam pe rezidentul care cosea la loc scalpul fragil al lui Helen, îmi regretam amarnic slăbiciunea care mă împinsese să o operez. Aceste gânduri mi-au fost întrerupte de anestezist.

„Unul dintre manageri a trecut mai devreme pe aici. Era foarte supărat că ai internat pacienți când nu erau paturi disponibile și a spus că oricum nu ar fi trebuit să operezi acest caz.“

„Ce treabă are el!“, am bombănit. „Eu sunt cel care ia deciziile clinice aici, nu el. Poate ar dori să meargă să vorbească cu rudele și să le spună că a sosit momentul ca Helen să moară, sau că nu avem paturi…“

Au început să-mi tremure mâinile de furie și a trebuit să fac un efort conștient pentru a mă calma și a continua operația.

După ce i-a fost închis scalpul, rezidentul și cu mine ne-am dat înapoi și am privit capul fetei.

„N-o să se vindece prea bine, nu?“, a spus, încă suficient de tânăr pentru a savura drama și tragedia medicinei.

„Nu ai văzut încă o ciupercă“, am răspuns.

După aceea am stat de vorbă cu familia într-una din cămărușele aflate într-o zonă mai izolată a secției, dedicate „împărtășirii veștilor proaste“. Am făcut tot posibilul ca să le iau orice urmă de speranță, ceea ce contrazicea total motivul – oricare ar fi fost acela – pentru care acceptasem s-o operez, așa că nu eram mulțumit de mine. Le-am

spus că nu credeam că operația avea să aducă vreo schimbare utilă și că era doar o chestiune de timp până când Helen avea să moară.

„Știu că te simți nefericit pentru că ai operat-o din nou“, mi-a spus fratele ei, după ce am terminat, „dar noi vrem să știi cât îți suntem de recunoscători. Nici unul din ceilalți doctori nu voia să ne asculte. Și ea știe că va muri. Pur și simplu mai vrea puțin timp, asta e tot.“

În timp ce vorbea, am văzut că era o dimineață frumoasă de primăvară și chiar și curtea mohorâtă a spitalului părea puțin optimistă.

„Dacă avem noroc, ar mai putea avea încă vreo câteva luni de viață,“ am spus, încercând să îndulcesc lovitura, deja regretând modul în care le vorbisem în urmă cu câteva minute, nereușind să găsesc un echilibru între speranță și realitate.

I-am lăsat în mica încăpere, șezând toți patru cu genunchii înghesuiți pe canapeaua modestă, și m-am gândit pentru a nu știu câta oară, în timp ce mă îndepărtam pe coridorul întunecat al spitalului, cum ne agățăm cu atâta disperare de viață și cum ar fi mult mai puțină suferință dacă n-am face-o. Viața fără speranță este îngrozitor de grea, dar în cele din urmă speranța poate foarte ușor să-și bată joc de noi toți.

A doua zi a fost și mai rea. Nici unul din noi nu s-a simțit în stare să facă glumele sardonice obișnuite la ședința de dimineață. Primul caz era cel al unui bărbat care murise ca urmare a unei întârzieri – ce putea fi evitată – a transferului la unitatea noastră; al doilea era cel al unei tinere care ajunsese în moarte cerebrală din cauza unei hemoragii. Priveam posomorâți tomografia creierului ei.

„E un creier mort“, le-a explicat unul dintre colegii mei stagiarilor. „Creierul arată ca sticla pisată.“

Ultimul caz era cel al unui copil de 8 ani, care încercase să se spânzure și suferise hipoxie cerebrală.

„Putem vedea și niște cazuri mai puțin deprimante, vă rog?“, a întrebat cineva, dar nu era nici unul și ședința s-a terminat.

În timp ce plecam, unul dintre neurologi venea pe coridor în căutarea mea. Purta un costum din trei piese – o raritate pentru medicii specialiști din spitale, în epoca modernă –, dar în loc să arate jovial și pozitiv ca de obicei, părea puțin ezitant.

„Pot să te rog să vezi un pacient?“, m-a întrebat.

„Bineînțeles“, am răspuns cu entuziasm, întotdeauna dornic să mai găsesc pacienți de operat și sperând să fie o tumoare benignă, dar puțin îngrijorat de expresia lui.

„Tomografiile sunt pe PACS“, a spus și ne-am întors în sala de vizionare, unde rezidentul său deschisese tomografia în PACS, sistemul digital de raze X, pe unul dintre calculatoare.

„Are numai 32 de ani, mă tem“, a explicat neurologul.

„O, Doamne“, am spus. Tomografia arăta o tumoare mare și fără îndoială malignă, în partea frontală a creierului ei.

„Se pare că e o săptămână proastă.“

Ne-am dus în secția cu spitalizări de zi, unde pacienta era întinsă pe pat, în spatele unor perdele. I se făcuse tomografia cu 20 de minute mai devreme, iar neurologul tocmai îi spusese – în linii mari – ce se vedea. Tânăra mamă, cu doi copii, suferea de dureri de cap de câteva săptămâni. Soțul ei stătea în picioare lângă pat. Se vedea că amândoi plânseseră.

M-am așezat pe patul ei și i-am explicat, cât am putut mai bine, ce tratament urma să facă. Am încercat să-i dau ceva speranțe, dar nu puteam pretinde că avea să se vindece. Toți doctorii știu că în cazul unor astfel de conversații groaznice, mai ales când veștile proaste sunt date atât de brusc, pacienții reține doar o mică parte din ceea ce li se spune. Am trimis-o acasă cu o rețetă de steroizi – care avea să-i amelioreze repede durerile de cap – și am programat-o la operație lunea următoare, promițându-le ei și soțului ei înnebunit de durere că le voi explica totul din nou atunci când avea să se interneze, în seara dinaintea operației. Nu e foarte plăcut să-i spui cuiva că are o tumoare cerebrală incurabilă și apoi să-l trimiți acasă, dar nu aveam ce face.

A doua zi de dimineață am arătat tomografia ei stagiarilor, în cadrul ședinței de dimineață. Tomografia a apărut pe peretele din fața noastră, în alb și negru.

Le-am spus povestea și i-am spus lui David, unul dintre stagiarii din anul întâi, să-și închipuie că fusese rugat să o vadă după tomografie, așa cum mi se întâmplase mie cu o zi în urmă. L-am întrebat ce i-ar spune.

David, de obicei plin de încredere și entuziasm, tăcea.

„Haide“, i-am spus. „Trebuie să-i spui ceva. În mod sigur ai mai făcut asta până acum.“

„Păi, știți…“, se bâlbâia, „i-aș spune că era o anomalie pe tomografie, ăă, cu efectul unei creșteri de masă…“

„Și ce dracu’ o să înțeleagă ea din asta?“, am spus.

„I-aș spune că trebuie să o operăm, ca să vedem despre ce e vorba…“

„Dar minți. Știm ce este, nu-i așa? E o tumoare extrem de malignă, cu un prognostic groaznic! Ți-e frică să-i spui! Dar ea își va da seama că e grav doar după felul în care o privești. Dacă era o tumoare benignă, ai fi numai zâmbet, nu-i așa? Deci, ce îi vei spune?“

David nu a răspuns și în întunericul sălii de vizionare a urmat o tăcere apăsătoare.

„Da, e foarte greu“, am spus cu un ton mai blând. „De aceea v-am întrebat.“ Când trebuie să dau vești proaste, nu știu niciodată dacă m-am descurcat bine sau nu. Pacienții n-o să mă sune niciodată după aceea ca să-mi spună: „Domnule Marsh, mi-a plăcut într-adevăr felul în care mi-ați spus că o să mor“, sau: „Domnule Marsh, ați fost de toată jena“. Poți doar să speri că n-ai dat-o prea tare în bară.

Chirurgii trebuie să spună întotdeauna adevărul, dar aproape niciodată să nu le ia orice urmă de speranță pacienților. Poate fi foarte greu să găsești un echilibru între optimism și realism. Există grade de malignitate ale tumorilor și nu știi niciodată cum vor decurge lucrurile în cazul pacientului din fața ta – întotdeauna există și câțiva supraviețuitori pe termen lung, nu miracole, ci excepții statistice. Așa că le spun pacienților mei că, dacă au noroc, ar putea trăi mulți ani, iar dacă nu au noroc, s-ar putea să trăiască mult mai puțin. Le spun că atunci când tumoarea recidivează, ar putea fi posibil să fie tratați încă o dată și, deși e ca și cum te-ai agăța de un pai, poți totuși spera că se va găsi un tratament nou. Apoi, majoritatea pacienților și familiile lor vor căuta pe internet informații despre boala lor, iar minciunile paternaliste convenționale nu vor mai fi crezute. Cu toate acestea, mai devreme sau mai târziu, majoritatea pacienților vor ajunge, asemenea lui Helen, pe drumul fără întoarcere. Adesea este foarte greu, și pentru medic, și pentru

pacient, să accepte că s-a ajuns în acest punct. Stagiarii prezenți la ședința de dimineață ascultau în întuneric, într-o liniște respectuoasă, în timp ce încercam să le explic toate aceste lucruri, dar nu știu dacă au înțeles cu adevărat.

După ședință, m-am întors pe secție ca să o văd pe Helen.

Mary, asistenta de secție, a venit la mine.

„Rudele sunt complet desprinse de realitate“, a arătat ea către ușa rezervei unde zăcea Helen. „Fata este evident pe moarte, dar ei pur și simplu refuză să accepte acest lucru.“

„Ce plănuiți să faceți?“

„Familia nu ne lasă să o tratăm ca pe un caz terminal, cu analgezice decente, așa că încercăm să apelăm la serviciile comunitare și la medicul generalist și să o ducem acasă.“

„Și rana?“ Îmi era groază de răspuns.

„Pare gata să explodeze în orice moment.“

Am tras aer adânc în piept și am intrat în rezervă. Spre ușurarea mea, rudele nu erau acolo. Helen era întinsă pe o parte, cu fața spre fereastră, așa că am ocolit patul și m-am așezat pe vine lângă ea. M-a privit, cu ochii mari și întunecați, și a zâmbit ușor. Partea dreaptă a capului ei era umflată, dar acoperită cu pansament. Nu avea rost să desfac pansamentul, așa că l-am lăsat acolo și am evitat o priveliște pe care o detestă orice chirurg – o incizie care a fost cândva curată și de care a fost el responsabil, care acum se desface și devine o rană căscată, urâtă.

„Bună ziua, domnule Marsh“, a spus.

Era greu să știi ce să spui.

„Cum te simți?“, am zis la întâmplare.

„Mai bine. Mă doare capul puțin.“ Vorbea lent, neclar, din cauza paraliziei de pe partea stângă. „Vă mulțumesc că m-ați operat din nou.“

„Te ducem acasă cât se poate de repede“, am spus. „Vrei să mă întrebi ceva?“ Am rezistat tentației de a mă ridica și a ieși din cameră în timp ce puneam întrebarea – un subterfugiu inconștient, la care sunt tentați să apeleze toți medicii atunci când se confruntă cu o conversație dureroasă. Helen nu a spus nimic, așa că am plecat și m-am dus către blocul operator.

12. Glioblastom

subst. *cel mai agresiv tip de tumoare cerebrală, derivat din țesut non-nervos.*

Am puțin contact direct cu moartea în munca mea, în ciuda prezenței constante a acesteia. Moartea a ajuns să fie igienizată și îndepărtată. Majoritatea pacienților care mor sub îngrijirea mea în spital au leziuni incurabile ale capului sau hemoragii cerebrale. Sunt internați în comă și mor în comă, în spațiul de depozitare al unității de terapie intensivă, după ce au fost menținuți în viață o vreme de ventilatoare. Moartea vine simplu și discret, când sunt diagnosticați cu moarte cerebrală și se decide oprirea ventilatorului. Nu există ultimele cuvinte șoptite pe patul de moarte sau ultima suflare – se învârt câteva butoane și apoi ventilatorul își încetează oftatul ritmic. Dacă firele monitorului cardiac au rămas conectate – de obicei nu sunt –, poți urmări inima pe monitorul EKG-ului – o linie grafică cu LED-uri roșii, care se ridică și cade la fiecare bătaie a inimii și care devine din ce în ce mai neregulată pe măsură ce inima muribundă, lipsită de oxigen, se luptă să supraviețuiască. După câteva minute, în tăcere completă, se oprește, iar urma devine o linie dreaptă. Atunci asistentele îndepărtează numeroasele tuburi și fire conectate la trupul acum lipsit de viață și, după un timp, doi brancardieri aduc targa mobilă, cu o cutie goală dedesubt, camuflată de o pătură, și duc trupul la morgă. Dacă organele pacientului urmează a fi donate, ventilatorul va fi ținut în funcțiune după ce moartea cerebrală a fost certificată, iar corpul va fi dus la secția de chirurgie – de obicei noaptea. Organele sunt prelevate și numai după aceea se oprește ventilatorul, iar targa mobilă camuflată vine și ia cadavrul.

Pacienții cu tumori cerebrale fatale pe care îi tratez mor de obicei acasă, în aziluri sau în spitalele din localitatea lor. Foarte rar se întâmplă ca unul dintre acești pacienți ai mei cu tumoare cerebrală să moară în timp ce se află încă în spital, în îngrijirea mea, dar intră în comă, fiindcă mor din cauză că le moare creierul. Dacă există vreun fel de discuții despre moarte, acestea au loc cu familia, nu cu

pacientul. Rareori sunt în situația de a mă confrunta față în față cu moartea, dar uneori sunt luat și eu pe nepregătite.

Când eram medic stagiar, lucrurile stăteau cu totul altfel. Aveam zilnic contact cu moartea și cu pacienți muribunzi. În primul meu an ca medic, pe când lucram ca stagiar în anul întâi, aflându-mă la baza ierarhiei medicale, eram adesea convocat – de obicei la primele ore ale dimineții – pentru a certifica decesul unui pacient. Mergeam de-a lungul coridoarelor pustii, anonime, ale spitalului, tânăr și sănătos și purtând jacheta albă de medic, și intram într-un salon aflat în beznă, unde eram ghidat de asistente către un pat în jurul căruia se trăseseră perdelele. Eram conștient de existența celorlalți pacienți, de obicei bătrâni și fragili, care zăceau în paturile învecinate, probabil treji și îngroziți în întuneric, probabil gândindu-se la propria lor soartă, disperați să se facă bine și să scape de spital.

Pacientul mort din spatele perdelelor, slab luminat de o veioză cu lumină palidă, arăta ca toți pacienții morți în spital. De obicei era vorba despre o persoană vârstnică, în haine de spital, anonimă, cu o față galbenă ca ceara și cu obrajii supți, cu pete vinete pe membre și îngrozitor de imobilă. Îi deschideam haina la piept și îi puneam stetoscopul pe inimă, ca să confirm că nu se auzea nici o bătaie a inimii, și apoi îi deschideam pleoapele și luminam cu o lanternă mică ochii morți, pentru a constata că pupilele sunt „fixe și dilatate“ – că sunt opace și negre, mari ca niște farfurioare, și că nu se contractă ca reacție la lumina lanternei. Apoi mergeam în camera asistentelor și scriam în registru „moarte certificată“ sau alte cuvinte cu același sens și uneori adăugam – Dumnezeu să-l odihnească. Semnam și mă întorceam în patul din minuscula cameră de gardă. Majoritatea pacienților a căror moarte o certificam în acest mod nu-mi erau cunoscuți – noaptea mă ocupam de saloane cu pacienți care aparțineau unor echipe de medici diferite de cea cu care lucram în cursul zilei. Aceasta se întâmpla cu mulți ani în urmă, când emiterea certificatelor de deces era încă o practică obișnuită. Prin tradiție, participai la constatarea decesului pacienților care muriseră în saloanele de care răspundeai în cursul zilei, pe care îi îngrijiseși în ultima parte a bolii și pe care ajunseseși să-i cunoști. Dar uram aceste constatări și, de obicei, încercam să le evit. Detașarea mea avea limitele ei.

În calitate de medic de medicină de urgență – următoarea slujbă pe care am avut-o, după anul în care am fost stagiar începător și apoi stagiar la chirurgie generală –, vedeam moartea în forme mai dramatice și mai violente. Îmi amintesc pacienți murind de infarct – sau „stop cardiac“ – în fața ochilor mei. Îmi amintesc cum mă străduiam fără succes o noapte întreagă să salvez un om care era complet treaz și care suferea oribil, care mă privea în ochi în timp ce murea de hemoragie provocată de varicele esofagiene. Am văzut oameni murind din cauza unei împușcături, sau striviți în accidente de trafic, sau din cauza electrocutării, a atacurilor de cord, a astmului și a tot felul de cancere, unele dintre acestea extrem de respingătoare.

Și apoi, erau persoanele aduse decedate de ambulanțe. În calitate de medic de medicină de urgență, trebuia să certific moartea vreunui amărât care căzuse mort în stradă. În astfel de situații, găseam cadavrul complet îmbrăcat pe targă, iar faptul că trebuia să deschid nasturii ca să-mi pun stetoscopul pe inima lor reprezenta o experiență profund diferită de certificarea decesului în spital, la pacienții internați în pijamalele anonime, albe. Aveam senzația că îi agresam și îmi venea să le cer iertare în timp ce desfăceam nasturii de la haine, chiar dacă erau morți. Este extraordinar ce importanță au hainele.

Într-o vineri după-amiază mergeam cu mașina în afara Londrei, fiindcă îmi luasem câteva zile libere și urma să plec într-o scurtă vacanță împreună cu soția mea. Iarna fusese una rece și în vreme ce admiram felul în care ramurile copacilor de pe marginea șoselei se conturau elegant îmbrăcate în albul zăpezii, mi-a sunat mobilul. Am verificat să nu fie mașini de poliție în zonă și am răspuns. N-am înțeles ce spunea interlocutorul.

„Cine?“, am întrebat.

N-am înțeles numele, dar vocea de la telefon spunea: „Tocmai l-am internat pe pacientul dumneavoastră David H., care a venit de acasă“.

„Ah“, am spus, trăgând pe dreapta.

„Are o hemipareză progresivă și devenise din ce în ce mai somnolent, dar îi merge mai bine cu steroizi – e din nou vioi și spiritual.“

Îl țineam foarte bine minte pe David. Îl operasem prima dată cu 12 ani în urmă, de un fel particular de tumoare numit astrocitom de grad inferior, la lobul temporal drept. Acestea sunt tumori crescute chiar în interiorul creierului, care la început se dezvoltă încet, producând inițial ocazionale crize de epilepsie, dar care ulterior suferă o transformare malignă și devin tumori de „grad superior“, cunoscute sub numele de glioblastom, în cele din urmă dovedindu-se fatale. Acest proces poate dura mulți ani și este imposibil să prevezi, în cazul fiecărui pacient în parte, cât mai are de trăit. Câteva tumori pot fi vindecate prin chirurgie, dacă sunt suficient de mici. Majoritatea pacienților sunt adulți tineri, care trebuie să învețe să trăiască cu sentința unei morți încete. În cazul acestor pacienți este deosebit de greu să știi cum să le explici diagnosticul. Dacă greșești echilibrul dintre optimism și realism – cum fac eu uneori, în ciuda tuturor eforturilor –, fie condamni pacientul să trăiască într-o disperare totală pentru tot restul vieții care i-a mai rămas de trăit, fie sfârșești prin a fi acuzat de rea-credință sau de incompetență atunci când tumoarea devine malignă și pacientul își dă seama că va muri. David însă îmi spusese întotdeauna foarte clar că dorește să știe adevărul, indiferent cât de crunt și de incert ar fi fost acesta.

Avea treizeci și ceva de ani când a făcut prima criză și i s-a descoperit tumoarea – consultant de succes în management, peste 1,80 m înălțime, ciclist și alergător pasionat. Era căsătorit și avea copii mici. Era un om cu mult farmec și foarte hotărât, care reușea să transforme totul în glumă și care a continuat să facă glume chiar și când îi deschisesem craniul și îi îndepărtam tumoarea sub anestezie locală, el fiind perfect treaz. Speraserăm amândoi că avea să fie unul dintre puținii norocoși vindecați prin chirurgie, dar după trei ani, examenul tomografic periodic arăta că tumoarea revenise. Îmi amintesc foarte clar cum i-am spus, stând față în față cu el în ambulatoriu, că acest lucru însemna că, în cele din urmă, tumoarea avea să-l omoare. Vedeam cum i se umpleau ochii de lacrimi în timp ce vorbeam, dar a înghițit, s-a uitat drept înainte câteva momente și apoi am discutat despre tratamentul care i-ar mai fi putut oferi ceva timp în plus. În următorii ani l-am mai operat încă de două ori și, cu radioterapie și chimioterapie, reușise să continue să lucreze și să ducă

o viață normală până cu puțin timp în urmă. În comparație cu mulți alți oameni cu astfel de tumori, el „se descurcase foarte bine“, ca să folosim o expresie a doctorilor. În cursul acestor ani, ajunsesem să-i cunosc pe el și pe soția sa mai bine decât pe alți pacienți ai mei și nutream un mare respect față de modul în care amândoi făceau față bolii lui și în care reușeau să fie atât de practici și hotărâți în acest sens.

„Nu cred că se mai poate face ceva“, mi-a spus la telefon medicul care mă sunase, „dar el vrea să vă uitați la rezultatele tomografiilor. Are mare încredere în dumneavoastră. I le-am arătat deja unuia dintre neurochirurgii de aici și nu a fost încântat“.

„Mâine-dimineață plec pentru câteva zile din țară“, am spus. „Trimite-mi rezultatele prin poșta electronică și am să mă uit peste ele săptămâna viitoare.“

„Sigur“, mi-a răspuns. „Așa fac. Mulțumesc.“

Începuse să ningă. În timp ce intram din nou pe autostradă și îmi continuam drumul, m-am trezit implicat într-un dialog interior dureros. Din întâmplare, eram doar la o scurtă distanță de spitalul în care fusese internat David și ar fi fost nevoie doar de un mic ocol ca să merg să-l văd personal.

„Chiar nu vreau să merg și să-i spun că va muri“, îmi spuneam. „Nu vreau să stric un weekend plăcut cu soția mea, departe de casă.“ Dar aveam o senzație apăsătoare în adâncul sufletului meu.

„În fond, dacă eu aș fi pe moarte“, m-am auzit spunând, „nu mi-ar prinde bine o vizită din partea chirurgului în care mi-am pus speranțele atât de mulți ani?… Dar chiar nu vreau să-i spun că a sosit momentul să moară…“

Furios, aproape contra voinței mele, am ieșit de pe autostradă la următoarea cotitură și am condus spre spital. Se ridica asemenea unui monolit din uriașa parcare ce-l înconjura. Am mers nefericit de-a lungul nesfârșitului coridor central. Părea să nu se mai termine, dar poate acesta era efectul groazei mele de a merge să vorbesc cu pacientul muribund. Am simțit încă o dată ura mea viscerală față de spitale și față de arhitectura lor mohorâtă, indiferentă, între pereții cărora este atât de multă suferință.

Cel puțin lifturile nu mi-au spus, în timp ce urcam la etajul cinci, să mă spăl pe mâini, așa cum o fac cele din spitalul meu, dar vocea care mă anunța când se deschideau și se închideau ușile îmi părea mai iritantă decât de obicei.

În cele din urmă am intrat în secție. L-am găsit pe David stând în picioare în dreptul camerei asistentelor, în pijama, dominând cu statura un grup mic de asistente care îl sprijineau. Era puțin aplecat într-o parte din cauza slăbiciunii de pe partea stângă.

Medicul care mă sunase stătea alături de el și a venit către mine.

„Toți cred că sunt magician! Vă sun și în 15 minute apăreți!“

M-am îndreptat către David, care a râs uluit de sosirea mea bruscă.

„Iarăși dumneavoastră!“, mi-a zis.

„Da“, am spus. „Mă duc să văd tomografiile.“ M-au condus la un calculator.

Nu-l cunoscusem până atunci pe medicul care se ocupase de el, deși schimbaserăm scrisori despre David. Mi-a fost imediat clar că era profund implicat emoțional.

„Mă ocup de toți pacienții care suferă de gliom de grad inferior“, mi-a spus cu o ușoară grimasă. „Boala de neuroni motori și scleroza multiplă sunt boli ușoare în comparație cu aceasta. Pacienții cu gliom de grad inferior sunt toți tineri, cu copii mici, și tot ce le pot spune este «du-te și mori»… Copiii mei sunt de aceeași vârstă cu ai lui David, merg la aceeași școală. E greu să nu te implici emoțional.“

M-am uitat la tomografia de pe computer. Arăta că tumoarea, care era acum canceroasă, săpa adânc în creierul lui. Faptul că tumoarea era pe partea dreaptă a creierului însemna, cum fusese și în cazul lui Helen, că intelectul său și puterea de înțelegere erau încă intacte.

„Sigur, l-aș putea opera“, am spus, „dar probabil nu va câștiga astfel mult mai mult timp… câteva luni, în cel mai bun caz. Operația i-ar prelungi moartea, nu viața. I-ar irosi puținul timp care i-a mai rămas cu speranțe false și nu ar fi lipsită de riscuri. Mi-a spus întotdeauna foarte clar că dorește să știe adevărul“. M-am gândit la ceilalți pacienți pe care în trecut îi reoperasem în circumstanțe asemănătoare, pacienți ca, de pildă, Helen, care nu putea suporta să facă față adevărului, și cum de obicei regretasem acest lucru. Dar este foarte greu să-i spui pacientului tău că nu mai este nimic de făcut, că

nu mai există nici un fel de speranță, că a venit timpul să moară. Și apoi, există întotdeauna teama că s-ar putea să te înșeli, că poate pacientul are dreptate să spere chiar dacă situația e fără speranță, să spere într-un miracol, și că poate ar trebui să-l mai operezi încă o dată. Se poate transforma totul într-un fel de *folie à deux*, în care nici doctorul, nici pacientul nu pot suporta realitatea.

În timp ce mă uitam la tomografii, David fusese condus înapoi în rezerva în care fusese internat cu o zi în urmă, inconștient și pe jumătate paralizat, înainte ca doza puternică de steroizi să-l aducă temporar la viață.

Am intrat în încăpere, unde soția sa și două asistente stăteau în picioare la capătul patului. Lumina după-amiezii se micșora, iar camera era întunecată pentru că nu se aprinseseră încă luminile. Prin fereastră vedeam ziua sumbră de afară, și parcarea spitalului, situată la câteva etaje sub noi, și dincolo de acesta, un șir de pomi și de case, peste care ninsoarea continua să cadă, dar nu se așeza pe pământ.

David stătea pe spate și s-a întors cu greu către mine atunci când am intrat. Am rămas în picioare lângă patul lui, într-o stare interioară de agitație.

„Am văzut tomografiile.“ Am făcut o pauză. „Întotdeauna ți-am promis că îți voi spune adevărul.“

Am observat că nu se uita la mine în timp ce-i vorbeam și mi-am dat seama că eram în partea sa stângă, parte care fusese afectată de hemianopsie. Probabil că nu mă vedea pentru că partea dreaptă a creierului său nu mai funcționa, așa că am ocolit patul și, cu articulațiile trosnind, m-am așezat în genunchi lângă el. Ne-am privit în ochi un moment.

„Te-aș putea opera din nou“, am spus rar, făcând un efort să articulez cuvintele, „dar asta ți-ar mai da încă o lună sau două de viață, în cel mai bun caz… Am operat uneori oameni în situația ta… De obicei am regretat acest lucru.“

David a început să răspundă, vorbind la fel de rar.

„Mi-am dat seama că lucrurile nu arată bine. Erau… diverse lucruri pe care trebuia să le organizez, dar am… rezolvat totul acum…“

Am învățat în cursul anilor că, atunci când „aduci vești proaste“, cum se spune, este probabil cel mai bine să vorbești cât se poate de

puțin. Prin însăși natura lor, aceste conversații sunt foarte lente și dureroase și trebuie să-mi reprim nevoia de a vorbi și a tot vorbi, pentru a umple liniștea tristă. Sper că fac aceste lucruri mai bine decât în trecut, dar când m-a privit David, mi-a venit greu să nu vorbesc prea mult. I-am spus că dacă ar fi fost un membru al familiei mele, nu aș fi dorit să mai facă nici un tratament.

„Ei“, am spus în cele din urmă, recâștigându-mi controlul, „aș zice că am reușit să te mențin în formă câțiva ani buni…“

În trecut fusese ciclist și alergător profesionist și avea brațe mari, musculoase. M-am simțit ciudat când i-am luat timid mâna mare, masculină.

„A fost o onoare pentru mine să te îngrijesc“, am spus și m-am ridicat ca să plec. „E oarecum nepotrivit, dar tot ce pot spune este noroc“, am adăugat, nefiind în stare să spun la revedere, pentru că știam amândoi că era ultima dată când ne vedeam.

M-am ridicat – soția sa a venit către mine, cu ochii plini de lacrimi.

Mi-am îngropat fața în umărul său, strângând-o tare în brațe câteva secunde, și apoi am părăsit încăperea. Medicul său m-a urmat.

„Vă mulțumesc mult că ați venit. Lucrurile vor fi astfel mult mai simple. Îl trimitem acasă și organizăm îngrijirea paliativă“, a spus.

Am făcut semn cu mâna disperat în aer și am plecat, având mersul unui om beat, beat de prea multă emoție.

„Mă bucur“, i-am răspuns, în timp ce mergeam pe coridor. „A fost bine, ca să zic așa, că am avut această conversație.“

„O să fiu și eu la fel de curajos și de demn când îmi va veni ceasul?“, mă întrebam în timp ce ieșeam în parcarea cu asfalt negru, sinistru. Ningea în continuare și m-am mai gândit încă o dată cât de mult urăsc spitalele.

Conduceam într-un tumult de emoții contradictorii. În scurt timp ajunsesem blocat în traficul orei de vârf și înjuram cu furie mașinile și pe cei care le conduceau, ca și cum ar fi fost vina lor că acest om bun și nobil trebuia să moară și să-și lase soția văduvă și copiii fără tată. Strigam, și plângeam, și loveam ca un prost volanul cu pumnii. Și îmi era rușine, nu pentru că nu reușisem să-i salvez viața – tratamentul său fusese cât se putea de bun –, ci din cauza faptului că îmi pierdusem detașarea profesională și din cauza a ceea ce părea a fi

vulgaritatea suferinței mele, în comparație cu calmul său și cu durerea familiei sale, față de care nu puteam fi decât un martor neputincios.

13. Infarct

subst. *zonă mică, localizată de țesut mort, cauzată de o alimentare inadecvată cu sânge.*

În cursul uneia dintre deplasările mele regulate la Departamentul de Neurochirurgie din America, unde am un post onorific de profesor, am ținut o prelegere cu titlul „Greșelile mele cele mai grave“. Mă inspirase cartea lui Daniel Kahneman, *Gândire rapidă, gândire lentă*, o strălucită prezentare, publicată în 2011, a limitelor raționamentului uman și a modului în care suferim cu toții de ceea ce psihologii numesc „bias cognitiv“. M-a consolat, atunci când mă gândeam la unele dintre greșelile pe care le-am făcut de-a lungul carierei, să aflu că erorile de judecată și tendința de a face greșeli sunt, ca să spunem așa, caracteristice creierului uman. Simțeam că poate ar fi posibil să fiu iertat pentru unele dintre greșelile pe care le-am făcut de-a lungul anilor.

Toată lumea acceptă că facem cu toții greșeli și că învățăm din acestea. Problema este că atunci când doctori ca mine fac greșeli, consecințele pot fi catastrofale pentru pacienți. Majoritatea chirurgilor – există întotdeauna excepții – au un profund sentiment de rușine atunci când pacienții suferă sau mor în urma eforturilor lor, un sentiment de rușine care este și mai accentuat dacă urmează procese. Chirurgilor le este greu să recunoască – față de ei înșiși și față de ceilalți – faptul că greșesc, și există fel și fel de moduri în care își ascund erorile și încearcă să dea vina pe alții. Și totuși, pe măsură ce mă apropii de sfârșitul carierei, simt o obligație din ce în ce mai mare de a mărturisi greșelile pe care le-am făcut în trecut, în speranța că stagiarii mei vor învăța cum să nu facă și ei aceleași greșeli.

Inspirat de cartea lui Kahneman, m-am apucat să-mi amintesc cele mai mari greșeli pe care le-am făcut. Câteva luni la rând, stăteam în fiecare dimineață întins pe pat înainte de a mă ridica și a face alergarea zilnică în jurul parcului local, trecându-mi în revistă cariera. Era o experiență dureroasă. Cu cât mă gândeam mai mult la trecut, cu atât ieșeau la suprafață mai multe greșeli, așa cum iese metanul otrăvitor din patul unui râu. Multe fuseseră îngropate de ani întregi. Am constatat și că dacă nu le notam imediat, le uitam complet din nou. Pe unele, bineînțeles, nu le-am uitat niciodată, iar acest lucru se întâmpla de obicei din cauză că consecințele pentru mine fuseseră deosebit de neplăcute.

Când am ținut prelegerea în fața colegilor mei americani, aceasta a fost întâmpinată cu o tăcere uluită și nu s-au pus nici un fel de întrebări. Cred că e posibil să fi fost stupefiați, nu atât de onestitatea mea nechibzuită, cât de incompetența mea.

Chirurgii trebuie să vorbească despre greșelile lor la reuniunile regulate pe tema „Morbiditate și mortalitate“, unde se discută greșelile care pot fi evitate și învățămintele care pot fi trase, dar cele la care am participat eu, atât în America, cât și în propriul departament, sunt de obicei chestiuni nevinovate, în care doctorii prezenți nu sunt dispuși să se critice reciproc în public. Deși se vorbește mult despre cât este de important ca medicii să lucreze într-o cultură „fără blamare“, în practică este foarte greu de realizat acest lucru. Doar dacă doctorii se urăsc între ei sau se află într-o competiție acerbă unii cu alții (de obicei în legătură cu cabinetele particulare, care înseamnă bani) s-ar critica unii pe alții în mod mai deschis și, chiar și atunci, lucrul acesta se întâmplă mai frecvent pe la spate.

Una dintre greșelile pe care le-am discutat în prelegerea mea – greșeală pe care nu o uitasem vreodată – se referea la un tânăr care fusese internat în spitalul vechi, cu puțin înainte ca acesta să fie închis. Rezidentul meu – de fapt, unul dintre stagiarii americani trimiși de departamentul lor din Seattle, ca parte a stagiaturii, ca să lucreze la Londra, în spitalul meu, timp de un an – m-a căutat și m-a rugat să mă uit pe o tomografie.

Ne-am dus din biroul meu în sala de proiecție radiologică. Aceasta se întâmpla înainte ca sistemul radiologic să fi fost computerizat, iar

tomografiile pacienților erau pe foi mari de film. Erau ținute în rame de crom și oțel pe care erau agățate filmele ca rufele la uscat, fiecare ramă pe rulmenți cu bile, astfel încât ramele să se poată trage ușor, una câte una. Sistemul era ca un Rolls Royce antic – demodat, dar gândit tehnic superb. Dacă aveai secretari radiologi extrem de eficienți – iar noi aveam –, sistemul era perfect sigur și foarte deosebit de calculatoarele care îmi domină în prezent activitatea profesională. Rezidentul a tras câteva radiografii în fața mea.

„Este un bărbat de 32 de ani, de la St. Richard – se pare că a paralizat pe partea stângă“, mi-a spus.

Radiografia arăta o zonă mare, întunecată, pe partea dreaptă a creierului bărbatului.

Celui cu ciocanul în mână, toate îi par a fi cuie, zice o vorbă veche. Când neurochirurgii privesc tomografii ale creierului, văd lucruri despre care ei cred că trebuie operate, iar eu, din păcate, nu sunt o excepție. M-am uitat la tomografie în grabă – deja întârziasem la policlinică.

Am convenit cu rezidentul meu că era probabil o tumoare, dar una care era imposibil de îndepărtat. Tot ce se putea face ar fi fost o operație de biopsie, în care o mică parte a tumorii urma să fie extrasă și trimisă la analiză. I-am spus să aducă pacientul la spitalul nostru, pentru a face această operație. Privind în urmă, îmi dau seama că am fost neglijent – ar fi trebuit să pun mai multe întrebări despre istoricul pacientului și dacă mi s-ar fi dat informațiile corecte, ceea ce probabil nu ar fi fost posibil pentru că erau toate informații la mâna a doua, m-aș fi uitat mai atent la radiografii sau i-aș fi cerut părerea neuroradiologului.

Prin urmare, tânărul a fost transferat la unitatea de neurochirurgie. Rezidentul meu a făcut operația de biopsie corect – o operație minoră și relativ sigură, efectuată printr-un orificiu de un centimetru făcut cu burghiul în craniu, și care a durat mai puțin de o oră. Rezultatul analizei a fost că anomalia nu era o tumoare, ci un infarct – suferise un atac cerebral, lucru neobișnuit la un bărbat de această vârstă, dar nu ceva de care să nu mai fi auzit niciodată. Privind în urmă, mi s-a părut destul de evident că aceasta era ceea ce se vedea pe tomografie și că eu interpretasem greșit. M-am simțit jenat, dar nu foarte

tulburat – nu părea să fie o greșeală prea gravă, iar un atac cerebral părea mai convenabil decât o tumoare malignă. Pacientul a fost transferat înapoi la spitalul local, pentru a se investiga cauza atacului cerebral. Nu m-am mai gândit apoi la acest lucru.

Doi ani mai târziu, am primit o copie a unei scrisori lungi, scrise cu o mână tremurată, bătrână, de către tatăl tânărului. Scrisoarea fusese transmisă la spital și-mi fusese dată mie, ca să prezint observații, de către Biroul de Sesizări, recent redenumit de noul director executiv: „Departamentul de sugestii și sesizări“. Scrisoarea mă acuza de a fi responsabil pentru moartea fiului său, care murise la câteva luni după ce fusese transferat înapoi la spitalul local. Tatăl era sigur că fiul său murise din cauza operației.

De fiecare dată când primesc scrisori de sesizare devin foarte neliniștit. În fiecare zi iau câteva zeci de decizii care, dacă sunt greșite, pot avea consecințe groaznice. Pacienții mei au o nevoie extraordinar de mare să creadă în mine, și am nevoie și eu să cred în mine. Delicatul mers pe sârmă care este chirurgia pe creier este complicat și mai mult de presiunea constantă de a interna și externa pacienții cât se poate de repede. Când primesc una dintre aceste scrisori sau o scrisoare de la un avocat care îmi anunță intenția unui pacient de-ai mei de a mă da în judecată, sunt obligat să privesc distanța imensă de sub sârma pe care mă balansez, până la pământul de jos. Mă simt ca și cum aș fi gata să mă prăbușesc într-o lume înspăimântătoare, în care rolurile obișnuite sunt inversate – o lume în care sunt neputincios și la mila pacienților ghidați de avocați afabili și invulnerabili, care, pentru a mă deruta și mai tare, sunt îmbrăcați în costume respectabile la fel ca mine și vorbesc cu același ton încrezător în sine. Am senzația că mi-am pierdut întreaga credibilitate și autoritate pe care le port ca pe o armură atunci când fac vizita în saloane sau când deschid craniul unui pacient în sala de operație.

Am cerut fișa decedatului și am aflat că murise în urma unui nou atac cerebral, cauzat de o boală care afectează vasele de sânge din creier și care rezultase din primul atac, pe care îl interpretasem greșit ca fiind o tumoare. Operația de biopsie a fost inutilă și nefericită, dar irelevantă. Am explicat, mi-am cerut iertare și m-am apărat într-o

serie de scrisori, pe care conducerea spitalului le-a rescris la persoana a treia și le-a trimis tatălui, cu semnătura directorului executiv. Tatăl nu a fost mulțumit și a solicitat o audiență la Departamentul de sesizări, care a avut loc în mod statutar peste câteva luni. O doamnă între două vârste, îmbrăcată elegant, din cadrul Departamentului de sugestii și sesizări, pe care nu o întâlnisem niciodată și care, în mod evident, nu știa nimic despre detaliile cazului, prezida întâlnirea. Părinții vârstnici ai celui decedat stăteau vizavi de mine și mă priveau cu ură și furie, convinși că incompetența mea le ucisese fiul.

Le-am vorbit părinților, demoralizat și speriat de furia lor, și, la un moment dat, m-am simțit descumpănit. Am încercat să îmi cer iertare, dar și să explic insistent de ce operația, deși fusese o greșeală, nu avea nici o legătură cu moartea fiului lor. Nu mai fusesem niciodată nevoit până atunci să particip la o astfel de întâlnire și fără îndoială că n-am fost la înălțime. Directorul Departamentului de sugestii și sesizări m-a întrerupt și mi-a spus să ascult ce are de spus tatăl pacientului.

Prin urmare, a trebuit să stau jos o perioadă care mi s-a părut foarte lungă și să ascult cum nefericitul bărbat își vărsa suferința și furia. Un alt director prezent la întâlnire mi-a spus ulterior că doamna de la Sugestii și sesizări plângea pe înfundate în timp ce bătrânul își descria suferința pentru care eram considerat singurul responsabil. Am aflat mai târziu că în ziua în care a avut loc întâlnirea se împlineau doi ani de la moartea fiului său și că fusese în dimineața respectivă la mormântul acestuia, în cimitirul local. În cele din urmă, directorul Departamentului de sugestii și sesizări mi-a permis să plec și am părăsit încăperea foarte tulburat.

Credeam că lucrurile se terminaseră aici, dar după câteva săptămâni, directorul executiv al Trustului spitalului m-a sunat pe mobil, complet din senin, cu numai câteva zile înainte de Crăciun. Era nou numit, recent parașutat de Ministerul Sănătății din cauza situației financiare critice a Trustului. Predecesorul său fusese demis brusc și rușinos. Îl întâlnisem în treacăt pe acest nou director executiv, atunci când își începuse mandatul. Toți directorii executivi din cadrul sistemului național de sănătate cu care am avut de-a face (până acum, au fost opt la număr) fac o rundă de vizite în toate

departamentele spitalului atunci când sunt numiți, după care nu-i mai vede nimeni niciodată decât, bineînțeles, dacă ai probleme. Cred că asta se cheamă Conducere.

„Vă anunț din timp că veți avea o întâlnire cu mine în jurul Anului Nou“, m-a anunțat.

„Dar în legătură cu ce?“, am întrebat, imediat îngrijorat.

„Va trebui să așteptați până la întâlnire.“

„Pentru Dumnezeu – atunci de ce m-ați sunat acum?“

„Ca să vă anunț din timp.“

Eram speriat și confuz și nu puteam decât să presupun că acesta era efectul dorit al telefonului.

„Și eu ce trebuie să înțeleg din asta? Notificare în avans în legătură cu ce? Chiar m-am săturat să lucrez aici“, am spus patetic. „Îmi vine să-mi dau demisia.“

„Ei, nu vreau să aud așa ceva“, a răspuns.

„Atunci spuneți-mi care este problema!“, am strigat.

„Are legătură cu o întâlnire recentă a Departamentului de sugestii și sesizări, dar discuția va trebui să aștepte până ne întâlnim.“

A refuzat să-mi mai spună altceva și conversația s-a sfârșit.

„Crăciun fericit“, i-am spus telefonului.

Întâlnirea a fost programată la începutul lui ianuarie și mi-am petrecut o mare parte a Crăciunului rumegând gânduri negre. Probabil le par altora curajos și direct, dar am o mare teamă de autorități, chiar și de directori din cadrul sistemului național de sănătate, în ciuda faptului că nu am nici un fel de respect față de aceștia. Bănuiesc că această teamă mi-a fost inculcată de educația englezească, particulară și scumpă, pe care am primit-o acum 50 de ani, la fel ca disprețul simultan pentru cei care erau directori doar cu numele. Eram cuprins de o groază umilitoare la gândul de a fi convocat să stau de vorbă cu directorul executiv.

În acest context, cu câteva zile înainte de întâlnirea pe care urma să o am cu el, am avut o hemoragie la ochiul stâng și a trebuit să fiu operat de urgență pentru dezlipire de retină. Probabil din cauza deteriorării vederii, după câteva săptămâni am căzut pe scări acasă și mi-am rupt piciorul. După ce m-am refăcut, am suferit la ochiul drept o ruptură de retină – o problemă mai mică decât dezlipirea de retină

–, ceea ce a presupus alt tratament. Când m-am întors la muncă, se părea că directorul executiv uitase de mine, cum uitasem și eu de convorbirea noastră telefonică. Am făcut una dintre deplasările mele regulate în Ucraina și, la puțin timp după aceea, stăteam în biroul meu și mă ocupam de hârțogăria care se adunase cât timp fusesem plecat.

„Iar aveți probleme!“, a strigat Gail prin ușa care despărțea birourile noastre. „A sunat secretara directorului executiv. Ați fost convocat la o ședință cu directorul executiv și cu directorul secției de chirurgie, mâine la opt.“

De data aceasta știam destul de bine despre ce urma să fie discuția. Cu două zile în urmă, după ce urcasem în fugă scările până la etajul al doilea ca să ajung la ședința de dimineață, am fost surprins să constat că pe ușile salonului de neurochirurgie pentru femei era un poster enorm, de un metru pe un metru jumătate. Pe el era un semn uriaș de Intrare interzisă, în roșu și negru, cu instrucțiuni macabre dedesubt: „NU INTRAȚI DECÂT DACĂ VIZITA DUMNEAVOASTRĂ ESTE ESENȚIALĂ. UNII DINTRE PACIENȚII DIN ACEST SALON AU O BOALĂ INFECȚIOASĂ“.

Mi-am întors capul dezgustat și m-am îndreptat către sala de proiecții radiologice, unde avea loc ședința. Stagiarii discutau despre poster. Se părea că în salon apăruse o epidemie de norovirus – un virus neplăcut, dar de obicei inofensiv, căruia i se spunea gripa de iarnă. Colegul meu Francis a intrat în încăpere fluturând posterul, pe care, în mod evident, îl smulsese de pe ușa salonului.

„Oare cât naiba de ridicoli putem să ajungem?“, a strigat. „Vreun idiot din management a lipit chestia asta pe ușa salonului de femei. Înseamnă cumva că nu trebuie să ne mai ducem să vedem pacienții?“

„Ești un băiat neascultător!“, am spus. „O să ai probleme cu cei din conducere pentru că ai smuls posterul!“

După ședință, am coborât în birou și i-am trimis directorului pentru controlul infecțiilor din spital un e-mail în care mă plângeam de poster. Fără îndoială că acum dădeau vina pe mine pentru că fusese smuls de acolo.

A doua zi dimineața, la opt fix, temător și defensiv, m-am îndreptat de-a lungul coridoarelor nesfârșite către labirintul birourilor

manageriale din inima spitalului. Am trecut pe lângă ușile directorului și directorului adjunct pentru Strategie Corporatistă, pe lângă ușa directorului interimar pentru Dezvoltare Corporatistă, pe lângă cele ale directorilor pentru Planificarea Afacerilor, pentru Risc Clinic și pe lângă cele ale multor altor directori din diferite departamente ale căror denumiri nu mi le pot aminti, aproape sigur toate create ca rezultat al unor rapoarte scumpe ale consultanților din management. Departamentul de sugestii și sesizări, am observat, fusese redenumit încă o dată și acum era Departamentul de sesizări și felicitări.

Biroul directorului executiv era alcătuit din câteva încăperi, cu o secretară în încăperea de la intrare, iar dincolo de aceasta o încăpere mare cu un birou la un capăt, iar la celălalt cu o masă cu scaune în jurul ei. Exact ca birourile, m-am gândit cu o oarecare acreală, tuturor acelor profesori și *apparatcik* ex-comuniști cu care avusem de-a face în fosta Uniune Sovietică. Directorul executiv nu avea însă să folosească intimidarea și fanfaronada unora dintre omologii postsovietici și, în schimb, m-a întâmpinat entuziast și mi-a oferit cafea. (Pe de altă parte, unii dintre profesorii postsovietici mai amabili îmi urau bun venit dimineața cu votcă.) Puțin după aceea ni s-a alăturat directorul secției de chirurgie, care a vorbit foarte puțin în cursul ședinței, având o expresie de iritare și exasperare față de mine și de deferență față de directorul executiv. După amabilitățile obișnuite, a apărut în discuție chestiunea posterului referitor la controlul infecției.

„Măcar o dată“, am spus, „am urmat și eu căile cuvenite. Am trimis un e-mail directorului de la controlul infecțiilor“.

„Acțiunea a fost considerată o mare jignire. Ai comparat spitalul cu un lagăr de concentrare.“

„Nu eu am fost cel care a transmis o copie a e-mailului tuturor celor din Trust“, am răspuns sec.

„Am zis eu că ai făcut așa ceva?“, mi-a răspuns directorul executiv, cu un ton aspru, de director de școală.

„Regret că am spus «lagăr de concentrare», am zis cu oarecare jenă. „A fost necugetat și oarecum exagerat. Ar fi trebuit să spun «închisoare».“

„Dar n-ai smuls dumneata posterul?“, a întrebat directorul executiv.

„Nu, nu eu,“ am spus.

Arăta surprins și câteva secunde s-a lăsat liniștea în încăpere. Nu aveam de gând să-l pârăsc pe colegul meu.

„Și a fost o problemă cu o ședință a Departamentului de sesizări anul trecut.“

„Da, Biroul de sesizări al Trustului dumitale a reușit să programeze întâlnirea în ziua comemorării decesului pacientului.“

„Nu «Trustul dumitale», Henry“, a spus directorul executiv. „Trustul *nostru*.“

„Comemorarea unei morți este cel mai prost posibil moment pentru o astfel de întâlnire. Ai auzit vreodată de așa-numitele «reacții caracteristice comemorărilor»? E deosebit de greu să ai de-a face cu rudele îndoliate în astfel de ocazii.“

„Da, am avut ceva de genul acesta acum, de curând, nu-i așa?“, a spus, întorcându-se către directorul secției de chirurgie.

„Și nici nu a existat vreo întâlnire cu mine înainte – cu personalul Trustului dumitale, privind temeiul plângerii“, am adăugat.

„Trustul *nostru*“, m-a corectat din nou. „Dar este adevărat că procedura prevede că trebuia să existe o întâlnire înainte…“

„Da, procedura nu a fost respectată, dar îmi pare rău că nu am gestionat bine situația în cadrul întâlnirii“, am spus. „Însă încearcă să stai față în față cu părinții unui pacient care a murit și care sunt convinși că le-ai omorât copilul. E și mai greu când acuzația este absurdă, chiar dacă am greșit într-adevăr diagnosticul și pacientul a fost supus unei operații inutile.“

Directorul executiv nu spunea nimic. „Eu nu aș putea face meseria dumitale“, a zis în cele din urmă.

„Ei bine, nici eu nu aș putea face meseria dumitale“, am răspuns, simțind dintr-odată o profundă recunoștință pentru înțelegerea sa. M-am gândit la toate obiectivele guvernamentale, la politicienii care își urmăresc numai interesul propriu, la titlurile tabloidelor, la scandaluri, termene-limită, funcționari publici, greșeli clinice, crize financiare, grupuri de presiune ale pacienților, sindicate, litigii, plângeri și doctori plini de sine cu care un director executiv din cadrul sistemului național de sănătate trebuie să aibă de-a face. Nu e de

mirare că durata medie a mandatului acestora este de numai patru ani.

Ne-am privit câteva momente.

„Dar Biroul de comunicare e varză“, am spus.

„Tot ceea ce îți cer este să-ți folosești neîndoielnicele capacități pentru Trustul nostru“, a spus.

„Dorim să urmezi procedurile stabilite…“, a adăugat directorul serviciilor chirurgicale, simțindu-se obligat să contribuie cu ceva la ședință.

După ședință, m-am întors prin labirint și m-am dus în biroul meu. Mai târziu, în cursul acelei zile, am scris un e-mail Departamentului de comunicare, oferind sugestia mea pentru un poster mai bun. Începea cu „Avem nevoie de AJUTORUL dumneavoastră…“, dar nu am primit nici un răspuns.

Directorul executiv a părăsit Trustul câteva săptămâni mai târziu. Fusese transferat la un alt Trust cu dificultăți financiare, unde, fără îndoială, trebuia să amenințe din nou cu toporul în numele guvernului și al funcționarilor publici ai Ministerului de Finanțe și ai Ministerului Sănătății. Rezistase doi ani. Câteva luni mai târziu, am auzit un zvon conform căruia era în concediu medical din cauza stresului și, oarecum spre surprinderea mea, mi-a părut rău pentru el.

14. Neurotmesis

subst. *secționarea completă a unui nerv periferic. Recuperarea completă a funcției este imposibilă.*

În prima zi din iunie, cu o vreme dintr-odată foarte caldă și umedă, mă duceam cu bicicleta la lucru, ca să ajung la ședința de dimineață. Înainte să pornesc, mă dusesem în grădinița din spatele casei, ca să inspectez cei trei stupi ai mei. Albinele lucrau deja de zor, urcând în aer ca săgeata, probabil ducându-se la lămâii care cresc pe o latură a parcului din zonă. În timp ce pedalam către spital, mă gândeam fericit la mierea pe care aveam să o strâng către sfârșitul verii. Am întârziat

câteva minute. Una dintre stagiarele din anul terminal prezenta cazurile.

„Primul caz“, a spus ea, „este un bătrân de 62 de ani, care lucrează la unul dintre spitalele locale, la pază. Locuiește singur și nu are rude. A fost găsit confuz în casă. Colegii lui s-au dus să-l caute, pentru că nu se prezentase la muncă. Avea multe vânătăi pe partea dreaptă, iar colegii săi au spus că avusese dificultăți din ce în ce mai mari cu vorbirea în ultimele trei săptămâni“.

„L-ai văzut când a fost internat?“, am întrebat-o, știind că stagiarii care prezintă cazurile la ședința de dimineață rareori văd pacienții pe care îi prezintă, din cauza turelor scurte pe care le lucrează.

„Da, chiar l-am văzut“, a răspuns aceasta. „Era disfazic și avea o ușoară slăbiciune pe partea dreaptă.“

„Deci care va fi diagnosticul?“, am întrebat.

„Este o deficiență neurologică progresivă. Implică vorbirea“, a răspuns. „Vânătăile de pe partea dreaptă a corpului sugerează că a căzut pe dreapta, prin urmare are probabil o problemă progresivă pe partea stângă a creierului, posibil la lobul frontal.“

„Da, foarte bine. Ce fel de problemă?“

„Poate un GBM, sau poate un subdural.“

„Foarte corect. Să ne uităm la poză.“

În timp ce tasta la calculator, secțiuni din tomografia creierului bietului om apăreau încet. Se contura, în mod evident, o tumoare malignă în emisfera cerebrală stângă.

„Pare a fi un GBM“, a spus cineva.

Erau doi studenți la medicină în sală în dimineața aceea. Stagiara din anul terminal s-a întors către ei, probabil bucurându-se că era prezent cineva chiar mai jos decât ea în ierarhia strict medicală.

„GBM“, a spus cu un ton cunoscător, „este un glioblastom multiform. O tumoare cerebrală primară, foarte malignă“.

„Acestea sunt tumori fatale“, am adăugat pentru studenți. „Un om la vârsta lui, cu o astfel de tumoare, mai are doar câteva luni – poate chiar câteva săptămâni – de trăit. Dacă este tratat, ceea ce înseamnă îndepărtare chirurgicală parțială și apoi radioterapie și după aceea chimioterapie, va trăi numai câteva luni în plus, în cel mai bun caz, și probabil nu va mai vorbi oricum.“

„James“, am spus, întorcându-mă către unul dintre rezidenți, „stagiarul a pus diagnosticul exact. Cum se gestionează acest caz? Și care sunt punctele cu adevărat importante aici?“

„Are o tumoare malignă, pe care nu o putem vindeca“, a răspuns James. „Este invalid, în ciuda administrării steroizilor. Tot ce putem face este o simplă biopsie și să-l trimitem la radioterapie.“

„Da, dar ce este important în legătură cu acest caz?“

James a ezitat, dar înainte să poată răspunde, am spus eu că important era că nu avea nici o rudă. Nu va mai ajunge niciodată acasă. Nu va putea niciodată să aibă grijă singur de el. Îi mai rămăseseră doar câteva luni de viață, indiferent ce făceam – și fiindcă nu avea familie, probabil că avea să petreacă puținul timp care îi rămăsese amărât, undeva într-o secție de geriatrie. Dar i-am zis lui James că probabil avea dreptate – ar fi mai ușor să-l trimitem înapoi la spitalul de care aparținea, dacă stabileam diagnosticul oficial, așa că am spus să-i facem biopsia și să-l pasăm oncologilor. Tot ce puteam face era să sperăm că vor avea simțul realității și nu-i vor prelungi suferința tratându-l. Fapt era că știam deja diagnosticul din tomografie și orice operație ar fi fost o șaradă.

Am scos un stick USB din buzunar și m-am dus la calculatorul din fața sălii.

„Am să vă arăt tuturor niște tomografii uluitoare ale creierului, din ultima deplasare în Ucraina!“, am spus, dar am fost întrerupt de unul dintre colegii mei mai tineri.

„Scuză-mă“, a spus, „dar directoarea care răspunde de orele de lucru ale stagiarilor a avut amabilitatea să fie de acord să ne vorbească despre noul sistem de rotație pentru rezidenți și nu poate sta peste ora nouă, pentru că trebuie să meargă apoi la altă ședință. Vine într-un minut“.

M-a supărat faptul nu puteam să le arăt niște tumori cerebrale ucrainene imense, dar era clar că nu aveam de ales.

Directoarea a întârziat, așa că în timp ce o așteptam pe doamnă să sosească, am făcut un tur al secției de neurochirurgie să văd singurul pacient de operat în ziua respectivă. Aștepta în sala de anestezie, întins pe un cărucior, un tânăr cu o sciatică severă de la un simplu prolaps de disc. Îl văzusem cu șase luni în urmă. Era programator, dar

făcea și ciclism montan de performanță și se antrena pentru un fel de campionat național când a apărut durerea sciatică infernală pe piciorul stâng. Rezultatul examenului RMN a arătat că un disc care alunecase constituia cauza durerii – „un disc intervertebral herniat, care a produs compresia rădăcinii nervului S1“, în termeni medicali. Prolapsul discului l-a împiedicat să se antreneze și a trebuit să se retragă de la campionatele de ciclism montan, spre crunta sa dezamăgire. Fusese extrem de speriat de perspectiva operației și hotărâse să vadă dacă putea să se facă bine singur, ceea ce, i-am spus, se întâmplă de multe ori, dacă ai suficientă răbdare. Dar nu se întâmplase așa, prin urmare acum decisese fără tragere de inimă să se opereze.

„Bună dimineața!“, am spus, cu vocea plină de asigurare chirurgicală – asigurare adevărată, pentru că operația programată era simplă. Majorității pacienților le face plăcere să mă vadă înainte de operație, dar el arăta îngrozit.

M-am aplecat și l-am bătut ușor pe mână. I-am spus că operația era cu adevărat simplă. I-am spus că de obicei trebuia să prevenim pacienții în legătură cu riscurile presupuse de operație, dar l-am asigurat că era cu adevărat foarte puțin probabil ca lucrurile să meargă prost. Dacă aș fi avut sciatică timp de șase luni, m-aș fi operat, i-am spus. Nu m-aș bucura s-o fac, dar m-aș opera, deși, ca majoritatea doctorilor, sunt un laș.

Nu știu dacă am reușit să-l liniștesc sau nu. Era într-adevăr o operație simplă, cu un risc foarte scăzut, dar probabil că rezidentul meu îi dăduse să completeze formularele de consimțământ, în dimineața respectivă, iar rezidenții – în special cei americani – au tendința de a exagera cu consimțământul informat și terorizează bieții pacienți cu o listă lungă de complicații extrem de improbabile, printre acestea numărându-se decesul. Și eu enumăr riscurile principale, dar subliniez faptul că în cazul operației unui simplu prolaps al discului, complicațiile grave, ca de exemplu afectarea nervului și paralizia, sunt într-adevăr foarte rare.

Am plecat din sala de anestezie ca să merg la ședința cu directorul pentru respectarea Directivei privind timpul de lucru.

„Mă întorc“, i-am spus rezidentului peste umăr în timp ce plecam, deși mă gândeam că nu va fi deloc necesar, pentru că mai făcuse astfel de operații singur. M-am întors în sala de ședință, unde colegii mei așteptau împreună cu directoarea.

Era o tânără solidă și zeloasă, cu părul vopsit cu henna și buclat. Vorbea cu un ton imperativ.

„Avem nevoie de acordul dumneavoastră pentru noul program de rotație“, spunea.

„Păi care sunt opțiunile?“, a spus unul dintre colegii mei.

„Dacă respectă Directiva europeană privind timpul de lucru, rezidenții dumneavoastră nu mai pot face gărzi. Camera de gardă va fi luată. Am verificat fișele de pontaj – lucrează mult prea mult în acest moment. Trebuie să aibă opt ore de somn în fiecare noapte, șase dintre acestea garantat neîntrerupte. Acest lucru poate fi realizat numai dacă lucrează în schimburi, ca stagiarii.“

Colegii mei se foiau nemulțumiți pe scaune și bombăneau.

„Lucrul în schimburi a fost încercat și în alte părți și este pretutindeni nepopular“, a spus unul dintre ei. „Distruge orice continuitate a îngrijirii. Doctorii se vor schimba de două sau trei ori în fiecare zi. Stagiarii care lucrează noaptea vor avea rareori ocazia să cunoască pacienții și nici pacienții nu-i vor cunoaște pe ei. Toată lumea spune că e periculos. Programul de lucru mai scurt va însemna și că vor avea mult mai puțină experiență clinică și acesta este alt lucru periculos. Chiar și Președintele Colegiului Regal al Chirurgilor a declarat că este împotriva schimburilor.“

„Trebuie să respectăm legea“, a spus ea.

„Există vreo soluție?“, am întrebat. „Nu putem cere o derogare? Internii noștri nu optează pentru Directiva europeană privind timpul de lucru, ca să lucreze mai mult de 48 de ore pe săptămână, și pot face acest lucru prin derogare. Toată lumea din sectorul serviciilor financiare renunță la Directivă. Colegii mei medici din Franța și Germania spun că nu-i interesează Directiva. Irlanda a făcut o derogare pentru medici.“

„Nu avem de ales“, a răspuns ea. „Oricum, termenul-limită pentru solicitarea derogării a fost săptămâna trecută.“

„Dar ni s-a spus abia săptămâna trecută despre posibilitatea de a cere derogare!“, am spus.

„Mă rog, este irelevant oricum“, a venit răspunsul. „Trustul a decis să nu se facă derogări.“

„Dar nu s-a discutat niciodată acest lucru cu noi. Opinia noastră despre ce este mai bine pentru pacienți nu contează deloc?“, am întrebat.

Totala sa lipsă de interes față de ceea ce spuneam era cât se poate de evidentă și nu s-a deranjat să răspundă. Am început să fac un denunț fervent al pericolului de a avea stagiari chirurgi care să lucreze numai 48 de ore pe săptămână.

„Îmi puteți trimite un e-mail în care să-mi enunțați punctele de vedere“, a spus, întrerupându-mă, și ședința a luat sfârșit.

M-am întors la sala de operație, unde rezidentul meu începea operația la coloană. Făcuse singur suficient de multe astfel de operații până atunci și, deși nu era cel mai bun dintre medicii pe care îi pregăteam din punctul de vedere al abilității chirurgicale, era în mod evident unul dintre cei mai conștiincioși și mai blânzi rezidenți pe care îi avusesem de multă vreme. Toate asistentele îl adorau. Nu vedeam nici un pericol în a-l lăsa să înceapă operația și probabil chiar să o facă pe toată singur. Teama extremă a pacientului mă afectase însă și pe mine, așa că m-am schimbat și am intrat în sala de operație, pe când altminteri aș fi stat afară, în camera cu canapeaua din piele roșie, pregătit și disponibil, dar nu supraveghind tot ceea ce făcea.

Fiind vorba de o procedură la coloana vertebrală, pacientul, făcut anonim de câmpurile sterile de culoare albastru-deschis, era întins anesteziat cu fața în jos pe masă, având la vedere o mică zonă de piele deasupra părții de jos a coloanei, ca un pătrat colorat în galben de antisepticul cu iod și luminat puternic de luminile mari, în formă de farfurie, suspendate de brațe articulate prinse în tavan. În mijlocul acestui pătrat era o incizie de opt centimetri prin piele, în mușchii spinali de culoare roșu-închis, care erau ținuți depărtați de retractoare de oțel.

„De ce o incizie așa de mare?“, am întrebat iritat, încă înfuriat din cauza directoarei și a completei sale indiferențe față de ceea ce avusesem de spus. „N-ai văzut cum le fac eu? Și de ce folosești pensa

pentru oase mari? Nu ar trebui să fie necesar la L5/S1.“ Eram iritat, dar nu îngrijorat – operația abia începuse, tomografia arătase un simplu prolaps al discului și nu avea cum să fi ajuns la partea cea mai dificilă a operației, care consta în expunerea rădăcinii nervului prins în coloană.

M-am dezinfectat și m-am dus la masa de operație.

„Arunc o privire“, am spus. Am luat o pensă și m-am uitat în rană. Un fir de un alb strălucitor, subțire ca o ață și lung de 10-12 centimetri a ieșit din rană în penseta mea.

„O! Doamne, Dumnezeule!“, am izbucnit. „Ai tăiat rădăcina nervului!“ Am aruncat pensa pe jos și m-am îndepărtat cu o smucitură de masă, ducându-mă să mă sprijin de peretele îndepărtat al sălii de operație. Am încercat să mă calmez. Îmi venea să plâng în hohote. Este cât se poate de neobișnuit să se întâmple astfel de greșeli tehnice grosolane în chirurgie. Majoritatea greșelilor din timpul operațiilor sunt subtile și complexe și greu se consideră a fi greșeli. Într-adevăr, în 30 de ani de neurochirurgie nu am fost martorul unui dezastru ca acesta, deși auzisem că se mai întâmplase.

M-am forțat să mă întorc la masa de operație și m-am uitat în rana sângerândă, explorând-o cu grijă, îngrozit de ceea ce aș putea găsi. A devenit foarte clar că rezidentul meu înțelesese complet greșit anatomia și a deschis coloana la marginea exterioară, nu la cea interioară, a canalului spinal, și de aceea a întâlnit imediat o rădăcină de nerv, pe care, chiar și mai greu de înțeles, a tăiat-o apoi. Era cât se poate de bizar să faci așa ceva, mai ales că văzuse zeci de astfel de operații înainte și făcuse multe singur, nesupravegheat.

„Cred că ai tăiat direct prin nerv – un neurotmesis total“, i-am spus cu tristețe asistentului meu șocat. „Cât se poate de sigur va rămâne cu o gleznă permanent paralizată și un șchiopătat pe viață. Aceasta nu este o dizabilitate minoră – nu va mai putea niciodată să alerge sau să meargă pe teren accidentat. Și s-a terminat și cu campionatele de ciclism montan.“

Am făcut restul operației în liniște.

Am redirecționat deschiderea în coloană și am corectat rapid prolapsul discului, fără nici o dificultate – operația simplă și rapidă pe

care i-o promisesem, mai mult sau mai puțin, în timp ce stătea întins și atât de speriat în camera de anestezie, în dimineața aceea.

Am ieșit din sală, iar în coridor mi s-a alăturat Judith, anestezista mea de mulți ani.

„Oh, este atât de groaznic“, a spus. „Și e atât de tânăr. Ce îi vei spune?“

„Adevărul. Este totuși posibil ca nervul să nu fie tăiat complet și bănuiesc că s-ar putea recupera, deși acest lucru ar dura luni. Ca să fiu cinstit, mă îndoiesc că se va întâmpla așa, dar presupun că ar fi o speranță…“

Unul dintre colegii mei medici specialiști a trecut pe acolo și i-am spus ce se întâmplase.

„Fir-ar să fie“, a spus. „Chiar ghinion. Crezi că va deschide proces?“

„Cred că a fost suficient de rezonabil să-mi las rezidentul să înceapă – a mai făcut astfel de operații. Dar m-am înșelat. Avea mai puțină experiență decât mi-am dat seama. A fost de o incompetență uluitoare… dar eu sunt cel care răspunde pentru felul în care operează.“

„Mă rog, cel care este dat în judecată este, oricum, Trustul – nu contează de fapt a cui a fost vina.

„Dar i-am apreciat greșit capacitățile. Eu răspund. Și, oricum, pacientul va da vina pe mine. El și-a pus încrederea în *mine*, nu în nenorocitul de Trust. De fapt, presupunând că nu-și revine, îi voi spune eu să ne dea în judecată.“

Colegul meu m-a privit surprins. Procesele nu sunt un lucru pe care ar trebui să îl încurajăm.

„Dar eu îi sunt dator lui, nu Trustului – nu asta ne spun cu pioșenie regulile de bună practică medicală nouă, doctorilor?“, am spus. „Dacă a rămas handicapat și cineva a făcut o greșeală – ar avea dreptul la o compensație financiară, nu? Ironia e că dacă nu eram obligați să participăm la acea ședință cu directoarea aia plină de sine, aș fi fost mai devreme în sala de operație și acest dezastru probabil nu s-ar fi întâmplat. Mi-aș dori să dau vina pe directoare“, am adăugat. „Dar nu pot.“

Am plecat să scriu în fișă observațiile privind intervenția. Este cât se poate de ușor să minți dacă lucrurile iau o întorsătură proastă la o

operație. Ar fi imposibil ca cineva să știe, după intervenție, din ce motiv a mers prost. Poți inventa scuze plauzibile – de altfel, pacienții sunt întotdeauna preveniți că se poate întâmpla o afectare a nervului în cazul acestei operații, chiar dacă nu cred să fi văzut așa ceva vreodată cu ochii mei. Cunosc cel puțin un neurochirurg foarte renumit, aflat la pensie acum, care a acoperit o greșeală chiar mai mare, făcută în cazul unui pacient eminent, cu ajutorul unei fișe de observații necinstite. Eu însă am scris o prezentare exactă și corectă a ceea ce s-a întâmplat.

Am plecat din sală și, după 30 de minute, am văzut-o pe Judith plecând din salonul de postanestezie.

„S-a trezit?“, am întrebat.

„Da. Își mișcă picioarele…“, a spus cu oarecare speranță.

„Glezna contează“, am răspuns posomorât, „nu picioarele“.

M-am dus să văd pacientul. Tocmai se trezise și nu avea să-și amintească nimic din ce îi spuneam la așa scurt timp după operație, așa că nu i-am spus mare lucru și doar am confirmat cu tristețe cele mai rele temeri ale mele: avea paralizie completă la ridicarea piciorului stâng în sus – picior căzut, cum se numește în jargon medical – și, așa cum îi spusesem rezidentului meu, acesta este un handicap foarte mare.

M-am dus să-l văd două ore mai târziu, după ce se întorsese în salon, și era complet treaz. Soția sa stătea îngrijorată alături de el.

„Operația nu a fost până la urmă fără complicații“, am spus. „Unul dintre nervii de la glezna ta stângă a fost afectat și acesta este motivul pentru care în acest moment nu poți îndoi în sus laba piciorului. S-ar putea să se amelioreze – chiar nu știu ce să spun. Dar, dacă e să se întâmple asta, mă tem că va fi un proces lung, care va dura luni de zile.“

„Dar ar trebui să se amelioreze?“, a întrebat temător.

I-am spus că nu știu și că puteam doar să-i promit că îi voi spune întotdeauna adevărul. Îmi era efectiv rău.

A dat din cap amețit că a înțeles, prea șocat și confuz pentru a spune ceva. Furia și lacrimile, m-am gândit în timp ce ieșeam și-mi dădeam atent pe mâini cu gel alcoolizat dintr-o sticlă de pe perete, vor veni mai târziu.

Am coborât în biroul meu și m-am ocupat de un munte de hârtii neimportante. Pe biroul meu era o cutie uriașă de bomboane, de la soția unui pacient. Le-am dus dincolo, în biroul lui Gail, pentru că ei îi plac bomboanele mai mult decât mie. Spre deosebire de biroul meu, al ei are fereastră și am observat că turna cu găleata în parcarea spitalului. Mirosul plăcut de ploaie pe pământ uscat îi umplea biroul.

„Uite niște bomboane de ciocolată“, am spus.

Am pedalat furios spre casă.

„De ce nu încetez să pregătesc stagiari?“, mi-am spus, în timp ce apăsam furios pedalele bicicletei. De ce nu fac singur toate operațiile? De ce trebuie să port povara de a decide dacă aceștia pot opera sau nu, când nenorocita de conducere și politicienii sunt cei care dictează pregătirea lor? Trebuie oricum să văd pacienții în fiecare zi la vizita pe secție, pentru că stagiarii sunt atât de lipsiți de experiență acum – în puținele ocazii în care sunt măcar în spital, de fapt. Da, n-o să mai pregătesc pe nimeni, m-am gândit cu o bruscă senzație de ușurare. Pregătirea lor presupune riscuri. Și sunt atât de mulți medici specialiști acum, încât dacă trebuie să vin ocazional noaptea, nu ar fi chiar așa de greu... Țara este masiv îndatorată financiar, de ce să nu aibă și o datorie masivă de experiență medicală? Hai să avem o întreagă nouă generație de doctori ignoranți în viitor. Dă-l dracului de viitor, ce mă interesează, nu e răspunderea mea. Să se ducă dracului și conducerea și să-l ia dracu’ de guvern și să-i ia dracu’ pe politicienii patetici, cu cheltuielile lor trase din condei, și să-i ia dracu’ pe funcționarii publici nenorociți, de la nenorocitul de Minister al Sănătății. Să-i ia dracu’ pe toți.

15. Meduloblastom

subst. *tumoare cerebrală malignă, ce apare în timpul copilăriei.*

Pe Darren l-am operat, cu mulți ani în urmă, de o tumoare malignă numită meduloblastom; avea pe atunci 12 ani. Tumoarea produsese hidrocefalie și, deși îndepărtasem complet tumoarea, situația a

continuat să fie critică, iar la câteva săptămâni după operație i-am făcut o intervenție pentru a instala ceea ce se cheamă un „șunt“, implantându-i permanent un tub de drenare în creier. Fiul meu, William, suferise aceeași operație după ce i se îndepărtase tumoarea, din același motiv. William e bine de atunci, dar șuntul lui Darren s-a blocat de câteva ori – o problemă frecventă cu șunturile – și a avut nevoie de alte câteva operații pentru corectarea șuntului. A făcut radioterapie și chimioterapie și, cu trecerea anilor, se părea că se vindecase. În ciuda problemelor cu șuntul, Darren a evoluat bine și a studiat contabilitatea la universitate.

Era la universitate, departe de casă, când a început să aibă dureri puternice de cap. A fost adus la spitalul meu când eram în concediu medical din cauza dezlipirii de retină. Tomografia arăta că tumoarea recidivase. Deși tumorile cum era cea a lui Darren pot recidiva, acest lucru se întâmplă, de obicei, în primii câțiva ani de la tratament. E un lucru foarte neobișnuit ca o tumoare să reapară după opt ani – cum se întâmplase în cazul lui Darren – și nimeni nu se așteptase la asta. Recidiva este în mod inevitabil fatală, deși tratamentul poate amâna moartea cel mult cu un an sau doi. Stabilisem să-l opereze unul dintre colegii mei, dar în seara dinaintea operației, Darren a suferit o hemoragie masivă la nivelul tumorii – un eveniment total neprevizibil, care se întâmplă ocazional în cazul tumorilor maligne. Chiar dacă ar fi fost operat cu succes înainte de hemoragie, este puțin probabil că ar mai fi avut mult de trăit. Mama sa era cu el când a suferit hemoragia. A fost pus pe ventilație mecanică la reanimare, dar era deja în moarte cerebrală și ventilatorul a fost oprit după câteva zile.

Ajunsesem să-i cunosc pe Darren și pe mama sa foarte bine în cursul anilor și când m-am întors la lucru am fost foarte tulburat să aud că a murit, deși nu era prima dată când îmi murea un pacient în acest fel. Din câte îmi puteam da seama, tratamentul pe care îl primise odată ajuns în departamentul meu fusese perfect corespunzător, dar mama sa era convinsă că murise din cauză că nu fusese operat mai repede de colegul meu. Am primit de la mama lui o scrisoare prin care îmi cerea să ne întâlnim. Am preferat să vorbim în biroul meu, și nu într-una din sălile impersonale de consultație, și am invitat-o să se așeze în

fața mea. A izbucnit în lacrimi și a început să-mi spună povestea morții fiului ei.

„Dintr-odată s-a ridicat în șezut în pat și s-a apucat de cap. Fiul meu striga: «Ajută-mă, ajută-mă, mamă!»“, spunea ea, cu suferință în glas. Mi-am amintit cum odată, un pacient de-al meu care agoniza având o tumoare mi-a strigat să-l ajut, și cât de groaznic și neajutorat m-am simțit. Infinit mai rău, m-am gândit, absolut insuportabil trebuie să fie atunci când cel care strigă după ajutor este propriul copil, iar tu nu-l poți ajuta.

„*Știam* că ar fi trebuit să-l opereze, dar n-au vrut să mă asculte“, mi-a spus.

A relatat succesiunea evenimentelor, iar și iar. După 45 de minute am ridicat mâinile la cer și am strigat cu o oarecare disperare.

„Dar ce vreți să fac? Nu eram acolo.“

„Știu că nu a fost vina dumneavoastră, dar speram să primesc unele răspunsuri“, mi-a zis.

I-am spus că din câte îmi puteam da seama, hemoragia nu avea cum să fi fost prevăzută și că a fost perfect rezonabil să se planifice operația pentru ziua următoare. I-am spus că doctorii și asistentele care s-au ocupat de Darren erau foarte afectați de cele întâmplate.

„Așa au spus la reanimare, când au vrut să oprească ventilatorul“, a zis mama lui, cu vocea înecată de furie. „Că faptul că îl ventilau mecanic afectează personalul. Dar oamenii aceștia sunt plătiți, *sunt plătiți* să-și facă treaba!“ S-a înfuriat atât de tare încât a ieșit în fugă din cameră.

Am ieșit după ea din spital, în soarele după-amiezii, și am găsit-o în parcare, în fața intrării principale.

„Îmi pare rău că am țipat“, am spus. „Îmi e foarte greu.“

„Am crezut că o să fiți revoltat când veți auzi despre moartea sa“, mi-a spus cu dezamăgire în voce. „Știu că vă este greu…“ – a arătat către spitalul din spatele nostru. „Aveți o datorie față de spital.“

„Nu încerc să acopăr pe nimeni“, am răspuns. „Nu îmi place acest loc și nu am nici un fel de loialitate față de el.“ În timp ce vorbeam, am început să ne întoarcem către intrarea din oțel și sticlă a spitalului. Trecerea constantă a celor care veneau și plecau prin ușile automate îmi dădea senzația că eram mai curând într-o gară.

Am condus-o înapoi în biroul meu, trecând pe lângă anunțul amenințător de la intrarea clinicii, din cauza căruia am avut odată probleme pentru că l-am denunțat la radio. „Acest Trust“ – spune anunțul – „aplică politica de a refuza să trateze pacienții violenți și abuzivi…“ Era ironic, mă gândeam, faptul că anunțul exprima neîncrederea conducerii spitalului în pacienți, în vreme ce mama lui Darren era acum chinuită tocmai de o lipsă de încredere în spital. Și-a luat geanta din biroul meu și a plecat, fără să mai spună ceva.

M-am întors în secție. M-am întâlnit pe scări cu unul dintre rezidenții mei.

„Tocmai m-am întâlnit cu mama lui Darren“, i-am spus. „A fost cumplit.“

„Au fost o mulțime de probleme când băiatul agoniza la reanimare“, mi-a răspuns. „Mama lui nu voia să ne lase să oprim ventilatorul, deși creierul băiatului era mort. Pe mine nu m-a deranjat, dar câțiva dintre anesteziști și-au arătat nemulțumirea și unele dintre asistente refuzau să se ocupe de el, pentru că era în moarte cerebrală…“

„O, Doamne“, am spus.

Mi-am amintit cât de furios fusesem eu însumi, cu mulți ani în urmă, atunci când fiul meu a fost internat în spital cu tumoarea cerebrală, pentru că aproape murise din cauza a ceea ce am considerat a fi neglijență a unuia dintre doctorii care îl îngrijeau. Mi-am amintit și cum, după ce devenisem neurochirurg, operasem o fetiță cu o tumoare cerebrală mare. Tumoarea era o masă de vase de sânge, așa cum pot fi unele tumori cerebrale, și mă luptasem cu disperare să opresc sângerarea. Operația devenise o cursă sinistră între sângele care curgea din capul copilului și biata mea anestezistă, Judith, care turna sânge înapoi, prin perfuzii, în timp ce eu încercam, și nu am reușit, să opresc sângerarea.

Copilul, o fetiță foarte frumoasă, cu păr lung și roșu, a pierdut sânge până a murit. „A murit pe masa de operație“ – un eveniment extraordinar de rar în chirurgia modernă. În timp ce finalizam procedura, cosând scalpul pacientei acum decedate, era o liniște cumplită în sala de operație. Sunetele obișnuite ale locului – pălăvrăgeala personalului, zgomotul ventilatorului, bipăitul monitoarelor anestezice – se opriseră brusc. Toți cei din sală ne

evitam privirile în prezența morții și în fața unui astfel de eșec total. Și, în timp ce închideam capul copilului mort, trebuia să mă gândesc ce să spun familiei care aștepta.

M-am târât până la salonul de copii, unde mă aștepta mama. Nu avea cum să se aștepte să audă astfel de vești catastrofale. Mi-a fost foarte greu să vorbesc, dar am reușit să transmit ceea ce se întâmplase. Nu aveam idee cum ar putea reacționa, dar m-a luat în brațe și m-a consolat pentru eșecul meu, deși ea era cea care își pierduse fiica.

Doctorii trebuie trași la răspundere, pentru că puterea corupe. Trebuie să existe proceduri de sesizare și procese, comisii de investigații, pedepse și despăgubiri. În același timp, dacă nu ascunzi sau nu negi nici o greșeală atunci când lucrurile iau o întorsătură proastă, și dacă pacienții tăi și familiile lor știu că ești distrus din cauza celor întâmplate, ai putea, dacă ești norocos, să primești prețiosul dar al iertării. Din câte știu, mama lui Darren nu a făcut reclamație, dar mă tem că dacă nu reușește să-i ierte pe doctorii care l-au îngrijit pe fiul său în faza finală a bolii, va fi pentru totdeauna bântuită de strigătul său de moarte.

16. Adenom pituitar

subst. *tumoare benignă a glandei pituitare.*

În 1987, când am devenit medic specialist, aveam deja multă experiență în chirurgie. Am fost numit în locul chirurgului principal, la spitalul universitar unde mă pregătisem, iar acesta îmi delegase mie, pe măsură ce se apropia de sfârșitul carierei, majoritatea operațiilor. Odată devenit medic specialist, ești brusc răspunzător pentru pacienți într-un mod în care nu ai mai fost niciodată ca stagiar sau rezident. Ajungi să privești în urmă la anii de stagiatură ca la o perioadă lipsită de griji. Când ești stagiar, răspunderea pentru orice greșeli pe care le-ai putea face îi revine, în cele din urmă, medicului tău specialist, nu ție. Pe măsură ce îmbătrânesc, găsesc că siguranța

de sine a multora dintre stagiarii mei, de ale căror greșeli răspund, este cam iritantă, dar nici eu nu am fost altfel cu ani în urmă. Totul se schimbă când devii medic specialist.

Primele mele luni în acest rol au trecut fără incidente. Apoi mi-a fost trimis un bărbat cu acromegalie. Boala e cauzată de o mică tumoare la nivelul glandei pituitare, care produce hormon de creștere în exces. Fața persoanei se schimbă încet – devine ca un bloc, foarte asemănătoare cu figura lui Desperate Dan din benzile desenate ale revistei *Dandy*, cu un maxilar și o frunte masive. Labele picioarelor cresc și mâinile devin mari și ca niște cazmale. Modificările, în cazul acestui pacient, nu erau deosebit de grave, iar adesea modificările sunt atât de treptate, de-a lungul multor ani, încât majoritatea pacienților și familiile acestora nu le observă. Dacă ai ști de ce boală suferi, ai putea observa că maxilarul e cam proeminent. Nivelurile crescute de hormon de creștere afectează în final inima, și acesta este motivul pentru care operăm, nu schimbările de ordin cosmetic. Intervenția se face prin nară, pentru că glanda pituitară se află dedesubtul creierului, în partea de sus a cavităților nazale, și este de obicei simplă și clară. Cu toate acestea, există două artere majore lângă glanda pituitară care, dacă chirurgul este extraordinar de ghinionist, pot fi lezate în cursul operației.

Soția sa și cele trei fiice veniseră cu el în biroul meu atunci când l-am văzut pentru prima dată. Erau italieni și au avut o reacție emoțională foarte intensă când le-am spus că era nevoie de operație. Erau, în mod evident, apropiați și foarte iubitori unii cu ceilalți. În ciuda temerilor în legătură cu operația, și-au exprimat încrederea totală în mine. El era o persoană deosebit de plăcută – mersesem să-l văd duminică seara, înaintea operației, și am discutat relaxat o vreme. Ai un sentiment foarte plăcut când pacientul are evident încredere fără rezerve în tine. L-am operat a doua zi și operația a mers bine. S-a trezit perfect. M-am dus să-l văd seara târziu, iar soția și fiicele sale nu mai conteneau cu laudele și mulțumirile, pe care le primeam bucuros. A doua zi, unele dintre simptomele acromegaliei – senzația că degetele îi erau umflate – se ameliorașeră puțin, iar joi dimineață m-am dus să-l văd înainte să plece acasă.

Când m-am dus la patul lui să vorbesc cu el, m-a privit cu o privire goală și nu a spus nimic. Apoi am observat că brațul său drept zăcea inutil alături de el. Una dintre asistente a venit repede la pat.

„Încercam să vă găsim“, a spus. „Credem că a avut un atac cerebral, acum câteva minute.“ Pacientul meu și cu mine ne uitam unul la altul, fără să înțelegem nimic. Mie nu-mi venea să cred, iar el nu putea înțelege ce se întâmpla. Am simțit cum mă cuprindea un val amar de groază și disperare. Făcând eforturi ca să depășesc momentul, am făcut tot ce-am putut ca să-l asigur (deși nu avea cum să înțeleagă cuvintele) că totul avea să fie bine. Dar tomografia creierului făcută mai târziu în acea dimineață a confirmat un atac major în emisfera cerebrală stângă. Acesta trebuie să fi fost cauzat, într-un mod de neînțeles, de operație. Deja devenise afazic – complet lipsit de limbaj. Nu părea prea nefericit din cauza aceasta, așa că probabil nu era conștient de problemă și trăia într-o lume ciudată, fără cuvinte, ca un animal lipsit de darul vorbirii.

Dintr-odată, mi-au revenit amintiri uitate despre alți pacienți, pe care îi redusesem la această stare grotescă în trecut. Un bărbat cu anevrism cerebral, una dintre primele astfel de operații pe care le făcusem singur, ca rezident în anul terminal; alta era o operație pe care o făcusem unui bărbat cu o malformație a vaselor de sânge la nivelul creierului. Spre deosebire de acest bărbat, în cazul căruia atacul cerebral a apărut la trei zile după operație, în cazul ambilor pacienți anteriori, intervențiile merseseră prost, iar ei suferiseră atacuri cerebrale majore în timpul desfășurării procedurilor. Amândoi m-au privit după aceea cu aceeași furie și frică teribilă și mută, o privire de oroare totală – incapabili să vorbească, incapabili să înțeleagă ceea ce li se spune –, privirea damnatului dintr-un tablou medieval al iadului. În cazul celui de-al doilea pacient, îmi amintesc intensa ușurare sufletească pe care am simțit-o când am venit la lucru în dimineața următoare și am constatat că suferise un infarct – ca și cum simpla traumă a ceea ce i se întâmplase se dovedise prea mult pentru inima lui. Echipa de resuscitare era în jurul lui – era evident că nu ajungeau nicăieri, așa că le-am spus să se oprească și să-l lase în pace. Nu știu ce s-a mai întâmplat cu celălalt, în afara faptului că a supraviețuit.

Cel puțin italianul părea doar uimit și mă privea cu o expresie vagă și goală. Mai târziu, în cursul zilei respective, am avut multe conversații lungi și emoționale cu familia. S-au vărsat râuri de lacrimi și au fost multe îmbrățișări. E greu de explicat, nu mai spun de înțeles, cum e să nu poți vorbi – să nu poți nici să înțelegi ce ți se spune și nici să-ți exprimi gândurile în cuvinte. După atacuri cerebrale majore se poate muri în urma inflamării creierului, dar starea acestui pacient a rămas staționară 48 de ore, iar în seara următoare am asigurat familia că nu va muri, deși nu știam dacă va putea vorbi din nou și mă cam îndoiam că acest lucru se va întâmpla. Cu toate acestea, două zile mai târziu, la ora unu dimineața, starea lui s-a deteriorat.

Tânărul meu rezident lipsit de experiență m-a sunat.

„E dus și are ambele pupile explodate!“, mi-a spus agitat.

„Bine, dacă ambele pupile sunt explodate, înseamnă că are creierul herniat. Va muri. Nu mai e nimic de făcut“, i-am spus. Hernierea se referă la modul în care creierul este presat, ca pasta de dinți din tub, prin orificiul de la baza creierului, atunci când presiunea din craniu devine foarte mare. Partea ieșită în afară a creierului are formă de con. Este un proces fatal.

M-am întors în pat, după ce i-am bombănit rezidentului că nu aveam de gând să vin acolo. Dar nu reușeam să adorm la loc și m-am urcat în mașină ca să merg la spital; pe străzi nu era nici țipenie în afara unei vulpi singuratice, care traversa cu încredere drumul din fața spitalului, sub ploaia de vară. Coridoarele pustii ale spitalului răsunau de plânsetele familiei, inclusiv ale nepoatei de trei ani. Așa că i-am adunat pe toți și m-am așezat pe un scaun în fața lor și le-am explicat cum stăteau lucrurile și le-am spus cât de rău îmi părea. Soția pacientului era în genunchi în fața mea, frângându-și mâinile și implorându-mă să-i salvez soțul. Situația a continuat așa vreo jumătate de oră, deși mi s-a părut mai mult. Au ajuns să accepte faptul că murise și poate chiar că era mai bine pentru el așa, decât să trăiască fără să poată vorbi.

Îmi amintesc de o altă situație în care un pacient mi-a murit în urma unui atac cerebral survenit după operație. Familia se uita fix la mine, cu o căutătură cruntă, și nimeni nu spunea nimic, în timp ce încercam

să explic și să îmi cer iertare. Era cât se poate de clar că mă urau și că gândeau că le-am ucis tatăl.

Dar această familie era extraordinar de cumsecade și delicată. Fiicele lui au spus că nu mă considerau vinovat și că tatăl lor avusese mare încredere în mine. În cele din urmă, ne-am despărțit – una dintre fiice mi-a adus-o pe nepoata de trei ani, care se oprise din plâns. Fetița a ridicat către mine ochii mari și negri de deasupra obrajilor cu urme de lacrimi.

„Spune-i doctorului noapte bună și sărută-l, Maria, și spune-i mulțumesc.“

Maria a râs fericită când ne-am apropiat obrajii.

„Noapte bună, vise plăcute, Maria“, am spus, cum se cădea.

Rezidentul meu fusese martorul întregii scene. Mi-a mulțumit pentru că l-am scutit de sarcina dureroasă de a vorbi cu familia.

„Neurochirurgia e o treabă groaznică. Nu te apuca de așa ceva“, am spus, în timp ce treceam pe lângă el în drum spre ușă.

În timp ce mergeam spre ușa din față, am trecut pe lângă soția pacientului, care stătea lângă telefonul public din coridor.

„Să nu-l uitați pe soțul meu, vă rog să vă gândiți la el din când în când“, mi-a spus, întinzându-mi o mână disperată. „Să-l pomeniți în rugăciunile dumneavoastră.“

„Îi țin minte pe toți pacienții mei care mor după operație“, am spus, adăugând în gând, în timp ce plecam: „Mai bine nu mi i-aș aminti“.

Mă simțeam ușurat sufletește că murise – dacă ar fi supraviețuit, ar fi fost extrem de handicapat. Murise în urma operației, dar nu ca rezultat al vreunei greșeli evidente pe care o făcusem eu. Nu știu de ce avusese atacul cerebral sau ce aș fi putut face pentru a-l evita. Așa că, de data aceasta măcar, m-am simțit, cel puțin teoretic, nevinovat. Dar când am ajuns acasă, am rămas mult timp în mașină în fața casei, cu ploaia căzând în întuneric, înainte de a mă putea târî înapoi în pat.

17. Empiem

subst. *afecțiune caracterizată de acumularea de puroi într-o cavitate a corpului.*

Era o listă simplă: o craniotomie pentru o tumoare și, după aceea, câteva operații de rutină la coloană. Primul pacient era un tânăr cu un gliom pe partea dreaptă a creierului, care nu putuse fi îndepărtat complet. Îl operasem prima dată cu cinci ani în urmă. S-a simțit perfect, dar ultimele tomografii au arătat că tumoarea începea să crească din nou și acum era nevoie de o altă operație care, cu puțin noroc, avea să-l mai țină în viață încă niște ani. Era necăsătorit și își conducea propria afacere în domeniul IT. Ne-am înțeles bine de fiecare dată când ne-am întâlnit în policlinică și a primit cu un calm remarcabil vestea că era nevoie să fie operat din nou.

„Putem spera că o nouă operație îți va mai oferi ceva ani în plus“, i-am spus. „Dar nu-ți pot promite acest lucru… S-ar putea să fie mult mai puțin de-atât. Iar operația nu este lipsită de unele riscuri.“

„Sigur că nu puteți promite, domnule Marsh“, a răspuns.

I-am făcut operația sub anestezie locală, ca să pot verifica în mod direct – pur și simplu întrebându-l – că nu-i produc vreo paralizie pe partea stângă a corpului. Când le spun pacienților că mă gândesc să îi operez sub anestezie locală, de obicei sunt puțin șocați. De fapt, creierul nu poate să simtă el însuși durerea, pentru că durerea este un fenomen produs în creier. Pentru a simți că îl ating, creierul pacienților mei ar trebui să aibă un al doilea creier undeva, ca să înregistreze senzația. Cum singurele părți ale capului care simt durerea sunt pielea, mușchii și țesuturile din afara creierului, este posibil să operezi pe creier sub anestezie locală, pacientul fiind complet treaz. În plus, creierul nu vine cu linii punctate, sub care să scrie „taie aici“ sau „nu tăia aici“, iar tumorile cerebrale arată de obicei, mai mult sau mai puțin, precum creierul însuși, așa că e ușor să produci leziuni. Dacă – așa cum era cazul aici – tumoarea creștea lângă zona responsabilă cu mișcarea, în partea dreaptă a creierului, care controla partea stângă a corpului, singurul mod sigur pe care îl aveam la dispoziție pentru a ști dacă produceam vreo vătămare în timp ce operam era să mențin pacientul complet treaz. Este mult mai ușor să operezi pe creier sub anestezie locală decât ai putea crede, cu

condiția ca pacientul să știe la ce să se aștepte și să aibă încredere în echipa care operează – în special în anestezistul care va avea grijă de el în timp ce se desfășoară intervenția.

Acest pacient făcea față deosebit de bine și, în timp ce lucram, vorbea bucuros cu anestezista mea, Judith – se țineau minte unul pe celălalt de la prima operație și aveam impresia că ascult doi prieteni vorbind despre vacanțe și familii și rețete (el era un bucătar pasionat), în timp ce, o dată la câteva minute, Judith îi spunea să-și miște mâna și piciorul stâng pentru a se asigura că putea în continuare să le miște, iar eu lucram la creierul său cu aspiratorul și aparatul de diatermie.

Prin urmare a fost într-adevăr o operație simplă și, după ce l-am supravegheat pe rezidentul meu la cele două operații de coloană, m-am dus la terapie intensivă, unde am văzut că pacientul operat era bine și stătea de vorbă cu asistenta care se ocupa de el. Am plecat de la spital către centrul Londrei, unde urma să particip la o ședință.

Mi-am luat bicicleta pliabilă în trenul care mergea la Waterloo. Era o zi neobișnuit de rece, cu o ploaie înghețată, iar orașul arăta mohorât și gri. Am pedalat până la cabinetele de avocatură de dincolo de Fleet Street, unde urma să aibă loc ședința. Era vorba despre o operație pe care o făcusem cu trei ani în urmă. Pacienta făcuse după aceea o infecție streptococică catastrofică, numită empiem subdural, pe care inițial n-am știut s-o diagnostichez. Nu mai întâlnisem niciodată o infecție postoperatorie ca aceasta și nici nu cunoșteam vreun neurochirurg care să fi văzut așa ceva. Operația mersese atât de bine, încât îmi imaginasem că era imposibil ca totul să se ducă de râpă și am trecut cu vederea semnele timpurii de infecție, semne care, privind în urmă, erau atât de dureros de evidente. Pacienta supraviețuise, dar din cauza întârzierii mele în a diagnostica infecția, rămăsese aproape complet paralizată și avea să fie așa tot restul vieții ei. Gândul la ședință mă obsedase multe săptămâni.

M-am prezentat la recepție, în holul mare și impunător din marmură, și am fost condus într-o sală de așteptare. Mi s-a alăturat în scurt timp un coleg neurochirurg pe care îl cunosc bine și care oferea

consultanță în legătură cu acest caz Organizației de Apărare Medicală căreia îi aparțin.

I-am spus cum am ajuns să fac o greșeală atât de dezastruoasă.

Soțul ei mă sunase pe mobil într-o duminică dimineața, când eram în spital și mă ocupam de o urgență. Nu mi-am dat seama cu adevărat despre ce era vorba și am diagnosticat greșit infecția drept o inflamație inofensivă. Nu ar fi trebuit niciodată să diagnostichez așa ceva pe baza unui telefon, dar eram ocupat și distras și nu mai avusesem niciodată, în 20 de ani, o complicație serioasă în cazul vreunei astfel de operații.

„Dacă nu m-ar fi apărat Dumnezeu, aș fi putut fi eu în locul tău“, a spus colegul meu, încercând să-mi ridice moralul. Ni s-au alăturat apoi doi avocați consultanți din cadrul Organizației de Apărare Medicală. Erau foarte politicoși, dar nu schițau nici urmă de zâmbet. Mi s-a părut că arătau tensionați, dar poate aceasta era doar imaginația mea, produsă de groaznicul sentiment de vină. Aveam senzația că particip la propria înmormântare.

Am fost conduși jos, într-o cameră la demisol, unde ne aștepta un curtenitor Consilier al Reginei, cu mulți ani mai tânăr decât mine. Într-o vitrină mare de perete erau preamărite virtuțile biroului său de avocatură, cu litere romane majuscule. Nu-mi amintesc despre ce era vorba – eram prea nefericit ca să percep mare lucru.

S-a adus cafeaua, iar unul dintre avocații consultanți, o doamnă, a desfăcut cutie după cutie cu documente, pe care le-a pus pe masă.

„E groaznic câte probleme poate aduce un simplu telefon“, am spus cu tristețe în timp ce o priveam, și mi-a zâmbit o secundă și ea de data aceasta.

„Trebuie să încep“, a spus consilierul foarte politicos, „să explic de unde pornim. Cred că va fi greu de apărat…“

„Sunt cu totul de acord“, am întrerupt.

Ședința a durat numai vreo două ore. Era dureros de clar – așa cum știusem în tot acest timp – că reclamația nu putea fi respinsă.

La sfârșitul ședinței, avocatul pledant l-a rugat pe colegul meu să iasă.

„Domnule Marsh, poate mai puteți rămâne puțin“, mi-a spus.

Mi-am amintit cum a trebuit odată, cu 50 de ani în urmă, să aștept în afara biroului directorului școlii, bolnav de frică, ca să fiu pedepsit de acel om blând pentru vreo prostie pe care o făcusem. Știam că avocatul avea să fie profesionist și realist, dar mă simțeam oricum copleșit de groază și rușine.

După ce a plecat colegul meu, avocatul pledant s-a întors către mine. „Mă tem că nu avem probe pentru a respinge reclamația“, a spus, cu un zâmbet prin care părea să se scuze.

„Știu“, am spus. „Am știut tot timpul că e o greșeală imposibil de justificat.“

„Mă tem că toate acestea vor trena o vreme“, a adăugat unul dintre avocații consultanți, cu o voce care suna cum bănuiesc că sună a mea atunci când dau vești proaste pacienților.

„Nu-i nici o problemă“, am spus, încercând să par curajos și filosofic. „Sunt împăcat cu această idee. Vorbim despre neurochirurgie. Îmi pare doar rău că am nenorocit-o pe biata femeie și că v-am făcut să plătiți milioane de lire pentru mine.“

„De aceea suntem aici“, a spus. Cei trei m-au privit cu expresii amabile, ușor întrebătoare. Poate se așteptau să izbucnesc în lacrimi. Mi se părea ciudat să fiu eu însumi obiect al milei.

„Ei, vă las să discutați groaznicele consecințe financiare“, am spus și mi-am luat servieta și bicicleta pliabilă.

„Vă conduc până la ușă“, a spus avocatul pledant și a insistat să-mi demonstreze curtoazia profesională de a mă conduce la liftul de pe coridorul exterior. Nu consideram că o meritam.

Am dat mâna, și s-a întors să discute cuantumul, așa cum spun avocații – costul soluționării litigiului –, cu cei doi avocați consultanți.

L-am găsit pe colegul meu așteptându-mă în hol.

„Rușinea profesională este cea care doare cel mai mult“, i-am spus. Îmi duceam bicicleta de coarne în vreme ce mergeam alături de el pe Fleet Street. „De fapt, e vorba de vanitate. Ca neurochirurg, trebuie să te împaci cu ideea de a distruge viețile oamenilor și de a face greșeli. Dar tot te simți groaznic din cauza aceasta și din cauza sumelor mari plătite pentru greșelile tale.“

Prognoza meteo promisese o dimineață uscată și nici unul din noi nu era îmbrăcat cum trebuie. Costumele noastre de profesioniști, cu dungi fine, se udau leoarcă în timp ce traversam Podul Waterloo. Ploaia care îmi curgea pe față îmi îngheța obrajii.

„Știu că trebuie să acceptăm aceste lucruri“, am continuat neconvingător. „Dar nimeni, nimeni în afară de un neurochirurg nu poate înțelege cum este să te târăști la salon și să vezi în fiecare zi – uneori luni de-a rândul – un om pe care l-ai distrus, și să te confrunți la patul bolnavului cu familia îngrijorată și furioasă, care și-a pierdut orice urmă de încredere în tine.“

„Unii chirurgi nu pot nici măcar să se gândească să facă vizite în asemenea saloane.“

„Le-am spus să mă dea în judecată. Le-am spus că am făcut o greșeală groaznică. Nu e tocmai ce te-ai aștepta să facă un medic, nu? Așa că am rămas – cât se poate de absurd – în relații foarte prietenoase cu ei. Cel puțin așa cred, dar nu mă pot aștepta să aibă o părere foarte bună despre mine, nu-i așa?

„În neurochirurgie nu ai cum să rămâi multă vreme mulțumit de tine“, a spus colegul meu. „Întotdeauna te mai așteaptă un alt dezastru după colț.“

Am ajuns la stația Waterloo, unde mulțimea se aduna în drumul ei către sud, unde avea să-și petreacă weekendul, și am dat mâna și fiecare s-a dus unde avea treabă.

Nu îndrăznisem să întreb cam câte milioane de lire va costa ca să se ajungă la un acord. Suma finală, am aflat după doi ani, a fost de șase milioane.

Când m-am întors la spital în acea seară, am urcat la terapie intensivă ca să-l văd pe tânărul cu tumoarea recurentă pe care îl operasem de dimineață – deja mi se părea că trecuse o viață de atunci. Operația se desfășurase suficient de bine, dar știam amândoi că nu îl vindecasem și că tumoarea avea să crească la loc din nou, mai devreme sau mai târziu. Stătea în capul oaselor în pat, cu un bandaj pieziș în jurul capului.

„Se simte bine“, a spus asistenta care se ocupa de el, ridicând ochii de pe suportul de la capătul patului lui, unde scria observațiile.

„Încă o dată, domnule Marsh“, a spus pacientul meu, privindu-mă intens. „Viața mea în mâinile dumneavoastră. Nu am cuvinte să vă mulțumesc.“ A mai vrut să spună și altele, dar l-am întrerupt, punându-mi degetul pe buzele lui.

„Șșșt“, am spus, întorcându-mă să ies de la reanimare. „Ne vedem mâine.“

18. Carcinom

subst. *cancer, în special cel ce apare în țesutul epitelial.*

M-am dus să-mi văd mama la spital, sâmbătă. Secția de canceroși unde fusese internată era la etajul al zecelea, iar patul ei se afla în dreptul unei uriașe ferestre panoramice. Parlamentul și Podul Westminster, pe malul celălalt al râului, erau văzute de sus și totuși de foarte aproape. Vremea de primăvară era deosebit de însorită. Jos, Tamisa reflecta lumina soarelui ca un oțel lustruit și mă dureau ochii când mă uitam la ea. Orașul de dincolo de râu apărea aproape opresiv în această lumină – o priveliște aspră de clădiri, inumane ca scară și dimensiune –, o vedere nepotrivită, m-am gândit, pentru cineva care era pe moarte.

Mama mi-a spus că personalul era foarte prietenos, dar incredibil de solicitat și dezorganizat în comparație cu data trecută când fusese internată în același spital, cu mulți ani în urmă, și mi-a arătat patul ei care nu fusese făcut de două zile. Nu-i plăcea deloc să se plângă, dar a recunoscut că fusese lăsată nemâncată două zile la rând, în așteptarea unei ecografii – o ecografie care știam că era total inutilă, pentru că deja făcuse icter și evident avea metastaze la ficat, în urma carcinomului la sân pentru care fusese tratată cu 20 de ani în urmă. Era o oarecare ușurare, mi-a spus ea, să folosești toaleta în timp ce-i privești de sus pe conducătorii națiunii, aflați pe partea cealaltă a râului. Crescuse în Germania nazistă (de unde fugise în 1939) și deși era un cetățean cu respectul legii în sânge, fusese întotdeauna sceptică în privința autorității.

Se topea pe picioare, după cum a comentat chiar ea. Oasele feței îi deveneau din ce în ce mai proeminente și, pe măsură ce îi rămânea numai structura osoasă de dedesubt, mă recunoșteam în ea din ce în ce mai clar – toată lumea spunea că, dintre cei patru copii ai ei, eu semăn cel mai bine cu ea. Nu puteam decât să sper că ar mai putea avea de trăit câteva luni bune. Am avut o discuție neconcludentă despre ceea ce ar trebui să facă cu timpul care i-a mai rămas. Mama mea era una dintre persoanele cele mai curajoase și filosofice pe care le cunosc, dar nici unul dintre noi nu reușea să spună cuvântul moarte.

În weekend am fost disponibil pentru telefoane și am fost sunat încontinuu de un rezident nou și fără experiență, în legătură cu multe probleme dificile. Nu erau probleme dificile din punct de vedere clinic, ci probleme cauzate de lipsa cronică de paturi.

În lunea următoare au fost o serie de plângeri ale pacienților referitoare la faptul că încercasem să-i externez prea repede. Unul dintre pacienții care se plânseseră era un bătrân cu gura mare, care nu voia să meargă acasă cu un cateter urinar, după o simplă operație la coloană. I-am spus că dacă ar merge acasă în acea zi, ar ajuta un alt pacient, deoarece nu aveam paturi libere pentru pacienții care trebuiau internați în vederea intervenției de a doua zi. Era în continuare în salon după trei zile, iar asistenta de secție m-a criticat pentru că i-am vorbit cum i-am vorbit (deși crezusem că am fost cât se poate de politicos). Fusesem obligat să anulez operația unei femei cu nevralgie severă de trigemen fiindcă el nu voia să plece. Cu toate acestea, asistenta de secție mi-a spus că trebuia să-i cer scuze că am încercat să-l fac să plece din spital mai repede decât dorea. Așa că m-am dus să-i cer scuze (scrâșnind în tăcere din dinți). A acceptat acest lucru bucuros.

„Da, înțeleg, doctore“, a spus. „Am lucrat într-un atelier de mobilă pentru bucătărie și uneori nu-mi puteam termina treaba la timp. Și mie îmi displăcea să dezamăgesc oamenii.“

Am bombănit ceva despre faptul că neurochirurgia și fabricarea dulapurilor de bucătărie nu erau chiar echivalente și am ieșit din camera lui – o cameră cu balcon, care dădea spre grădinile și pomii spitalului și de unde se vedea, în depărtare, Epsom. Lucram încă în

spitalul vechi în acea perioadă – urma să fie închis trei ani mai târziu. Poate dacă ar fi stat într-o firidă mai tipică sistemului național de sănătate, și nu singur într-o cameră cu vedere către grădinile spitalului și multele narcise pe care le plantasem cu ani în urmă, și-ar fi dorit să plece mai devreme.

Două zile mai târziu eram la Glasgow, la o reuniune medicală, când mama mea a primit în cele din urmă diagnosticul de cancer netratabil și a fost trimisă acasă să moară. Nu se punea problema de chimioterapie la o persoană de vârsta sa, cu o boală atât de avansată, și nici ea nu-și dorea acest lucru, ceea ce tatăl meu a considerat greu de acceptat. M-am întors de la Glasgow și m-am dus la părinții mei acasă, unde i-am găsit stând în bucătărie. Mama era și mai galbenă din cauza insuficienței hepatice decât atunci când o văzusem ultima dată la spital și arăta epuizată și fragilă, deși era cu totul ea însăși.

„Nu vreau să vă părăsesc pe toți“, a spus cu tristețe. „Dar nu cred că moartea este sfârșitul, știți.“ Tatăl meu în vârstă de 86 de ani – care începuse deja să sufere de demența de care a murit opt ani mai târziu – privea în față, cu o expresie vagă, pierdută, ca și cum nu putea să conștientizeze cu adevărat ceea ce se întâmpla: faptul că fiul său de 50 de ani o plângea pe soția cu care era căsătorit de peste 60 de ani, și că aceasta avea să moară în scurt timp.

Starea ei s-a deteriorat foarte repede în următoarele câteva zile și a murit în două săptămâni; o suferință scurtă, cum se spune în anunțurile mortuare, deși mie mi se păruse că fusese foarte lungă la vremea respectivă. Până în ultima clipă a rămas complet lucidă și în întregime aceeași persoană care fusese toată viața, păstrându-și simțul umorului ușor ironic, modest, până la sfârșit.

Îi slăbeau puterile cu fiecare zi și curând a fost instalată, pe timpul zilei, într-un pat din camera de muzică, la parter. O urcam în brațe pe scările casei părinților mei la sfârșitul fiecărei zile – deja ajunsese ușoară ca un fulg. Dar chiar și aceasta a fost în scurt timp prea mult pentru ea, așa că după o discuție cu mine însumi și cu una dintre surorile mele, care e asistentă medicală, mama a rămas în dormitorul pe care îl împărțise cu tatăl nostru în ultimii 40 de ani. Aici, a hotărât ea, va fi locul în care avea să moară. Era o cameră frumoasă – o cameră în stil georgian, perfect proporționată, lambrisată, zugrăvită

într-un verde pal și cu un șemineu deschis, a cărui poliță era decorată cu colecția ei de păsărele și ouășoare de lut. Ferestrele înalte, cu ochiurile rectangulare de sticlă, dădeau către pomii din parcul Clapham Common, deosebit de frumoși în acest moment al anului. În stânga se vedea biserica de lângă parc, unde a mers la slujbă în fiecare duminică și unde avea să se țină serviciul funerar.

În fiecare dimineață și seară, veneam împreună cu sora mea să o îngrijim. La început o ajutam să ajungă la baie, unde sora mea o spăla, dar curând nu a mai putut să parcurgă nici această distanță mică și atunci o ridicam și o puneam pe toaleta pe care o împrumutasem de la azilul din zonă. Sora mea era încântătoare în timp ce discuta și explica totul, cu blândețe și dragoste, făcând în același timp operațiunile de îngrijire simple și necesare. Amândoi văzuserăm mulți oameni murind, până la urmă, și lucrasem și eu ca asistent de geriatrie, cu mulți ani în urmă. Ne era ușor și era ceva natural pentru noi, în ciuda emoțiilor intense. Nu că am fi fost neliniștiți – toți trei știam că avea să moară –, ci presupun că ceea ce simțeam era pur și simplu o dragoste intensă, o dragoste total lipsită de motiv ulterior, total lipsită de vanitatea și egoismul a căror expresie este atât de des dragostea.

„Este un sentiment cu totul excepțional, să fii înconjurat de atâta dragoste“, a spus, cu două zile înainte de a muri. „Mă simt binecuvântată.“

Avea dreptate să se simtă astfel, bineînțeles. Mă îndoiesc că vreunul dintre noi se va bucura – dacă acesta e cuvântul potrivit – de o moarte atât de perfectă atunci când ne va veni și nouă vremea. Să moară în propria casă, după o viață lungă, îngrijită de propriii copii, înconjurată de familie, total lipsită de dureri și cu o moarte destul de rapidă. Cu câteva zile înainte de a muri, aproape întâmplător, familia – copii, nepoți și chiar strănepoți și două dintre cele mai vechi prietene ale ei – s-a reunit în casa familiei. Am pus la cale ceea ce a fost un priveghi improvizat, înaintea morții ei, spre încântarea mamei mele. În timp ce își trăia ultimele clipe în camera de la etaj, noi am stat în jurul mesei din sufragerie și ne-am amintit viața ei și am băut un pahar în amintirea ei, chiar dacă nu murise încă, și am mâncat cina gătită de viitoarea mea soție, Kate. O întâlnisem pe Kate – spre

bucuria mamei, după trauma sfârșitului primei mele căsătorii – cu câteva luni în urmă. Kate fusese ușor surprinsă când s-a trezit pregătind cina pentru 17 persoane, în condițiile în care ceva mai devreme o întrebasem, ezitând, dacă ar putea să pregătească o cină pentru cinci persoane.

În fiecare zi mă gândeam că aceea ar putea fi ultima zi, dar în fiecare dimineață, când reveneam, mama îmi spunea: „Sunt încă aici".

Odată, când i-am spus, sărutând-o de noapte bună, că aveam să vin să o văd de dimineață, mi-a răspuns zâmbind: „Vie sau moartă".

Familia mea interpreta o scenă de demult, care presupun că rareori se vede acum, în lumea modernă, când murim în spitale impersonale sau în aziluri, îngrijiți de profesioniști atenți, ale căror expresii grijulii (exact cum este expresia mea la lucru) li se șterg de pe față imediat ce se întorc cu spatele, precum zâmbetele recepționerilor de la hotel.

Moartea este rareori ușoară, indiferent ce am vrea noi să credem. Corpurile noastre nu vor să ne lase să scăpăm fără luptă din cârligul vieții. Nu spui niște ultime cuvinte pline de miez familiei tale înlăcrimate, după care îți dai ultima suflare – nu așa se întâmplă. Dacă nu mori violent, sufocându-te sau tușind, sau în comă, trebuie să te uzezi treptat, carnea ofilindu-ți-se pe oase, pielea și ochii îngălbenindu-ți-se puternic în cazul în care ai insuficiență hepatică, vocea slăbindu-ți, până când, aproape de sfârșit, nu mai ai nici puterea de a deschide ochii și zaci nemișcat pe patul de moarte, singura mișcare fiind respirația întretăiată. Treptat, devii de nerecunoscut – sau, în orice caz, pierzi toate detaliile care făceau ca figura pe care o aveai să-ți fie caracteristică, iar contururile feței se topesc, până când mai rămân numai liniile anonime ale craniului. Acum arăți ca mulți alți bătrâni, cu fețe trase și deshidratate, identici în hainele lor de spital, la patul cărora eram chemat la orele timpurii ale dimineții pe vremea când eram stagiar, mergând de-a lungul coridoarelor lungi și goale ale spitalului pentru a constata decesul. În apropierea morții, fața ta devine cea a Oricăruia, o față pe care o cunoaștem cu toții, măcar din arta funerară a bisericilor creștine.

Când a murit, mama era de nerecunoscut. Am văzut-o ultima dată în dimineața zilei în care a murit, înainte de a pleca la lucru. Îmi petrecusem noaptea în casa părinților, dormind pe podeaua biroului

tatălui meu, lângă dormitorul părinților. Îi auzeam respirația sacadată prin ușile deschise dintre biroul unde eram întins și dormitorul ei. Când m-am dus s-o văd la patru dimineața, a clătinat din cap când am întrebat-o dacă voia apă și morfină, deși, după cum arăta, ai fi zis că era deja moartă dacă nu s-a fi auzit respirația chinuită, la intervale mari. Înainte de a pleca i-am spus, am spus măștii morții ei, în timp ce o țineam de mână: „Ești încă aici“. A dat ușor din cap, aproape imperceptibil. Nu-mi pot aminti ultima imagine a ei pe care am văzut-o când am plecat la lucru dimineață – nici n-a mai contat. Îmi luasem rămas-bun de la ea deja de multe ori.

Sora mea m-a sunat la puțin timp după prânz, când participam la o ședință medicală plictisitoare, pentru a-mi spune că mama murise cu câteva minute înainte. Respirația ei, mi-a spus, devenise din ce în ce mai superficială, până când în cele din urmă, familia mea, care era adunată în jurul patului ei, și-a dat seama, cu oarecare surprindere, că murise.

Nu am simțit deloc nevoia să aduc un ultim omagiu trupului ei – în ceea ce mă privea, trupul său devenise o carcasă fără sens. Spun „trup“ – aș putea foarte bine să vorbesc despre creierul ei. Stând lângă patul ei, m-am gândit adesea la acest lucru – la cum milioanele și milioanele de celule nervoase, și conexiunile aproape infinite dintre acestea, care îi formau creierul, propria personalitate, se luptau și dispăreau. Mi-o amintesc în ultima dimineață, chiar înainte de a pleca la lucru – cu fața suptă și emaciată, incapabilă să se miște, incapabilă să vorbească, incapabilă să deschidă ochii – și totuși, când am întrebat-o dacă voia să bea apă, a clătinat din cap. Înăuntrul acestui trup în agonie, al acestei ruine invadate de celule canceroase, „ea“ era încă acolo, chiar dacă acum refuza chiar și apa, în mod clar nedorind să-și mai prelungească agonia. Și acum, toate aceste celule ale creierului sunt moarte, iar mama mea – care, într-un anumit sens, era interacțiunea electrochimică complexă a tuturor acestor milioane de neuroni – nu mai este. În neuroștiință se numește „problema legăturii“ – faptul extraordinar, pe care nimeni nu și-l explică nici pe departe, că simpla materie brută poate da naștere conștiinței și senzației. În timp ce murea, am avut senzația foarte intensă că o

persoană „reală“, mai profundă, era în continuare acolo, în spatele măștii morții.

Ce înseamnă o moarte bună? Absența durerii, bineînțeles, dar există multe aspecte ale morții, iar durerea este numai unul dintre acestea. Ca majoritatea doctorilor, presupun că am văzut moartea sub toate formele ei, iar mama mea a avut într-adevăr noroc să moară în felul în care a murit. Dacă mă gândesc vreodată la propria mea moarte – lucru pe care, ca majoritatea oamenilor, încerc să-l evit – sper să am un sfârșit rapid, cu un infarct sau atac cerebral, preferabil în timp ce dorm. Dar îmi dau seama că e posibil să nu fiu atât de norocos. E foarte posibil să fie nevoie să trec printr-o perioadă în care voi fi încă în viață, dar nu voi mai avea ce viitor să aștept, ci voi avea numai un trecut la care să mă gândesc. Mama a avut noroc să creadă într-un fel de viață de dincolo de moarte, dar eu nu am credința aceasta. Singura consolare pe care o voi avea, dacă nu mă voi stinge instantaneu, va fi propria mea judecată de apoi cu privire la propria mea viață, așa cum o voi vedea în retrospectivă. Trebuie să sper că îmi trăiesc viața acum în așa fel încât, ca mama mea, să pot muri fără regrete. Când se afla pe patul de moarte, pendulând între momente de conștiență și momente de pierdere a acesteia, uneori vorbind în germană – limba ei maternă –, mama spunea:

„A fost o viață minunată. Ne-am spus tot ce era de spus“.

19. Mutism akinetic

subst. *un sindrom caracterizat prin incapacitatea de a vorbi, pierderea capacității de mișcare voluntară și pierderea aparentă a emoțiilor.*

Neuroștiința ne spune că este foarte improbabil să avem suflete, pentru că tot ceea ce gândim și simțim nu este decât vibrația electrochimică a celulelor noastre nervoase. Conștiința de sine, sentimentele și gândurile noastre, dragostea noastră pentru ceilalți, speranțele și ambițiile noastre, urile și temerile noastre, toate mor

atunci când moare creierul. Multora le displace acest punct de vedere, care nu numai că ne lipsește de viață după moarte, dar face ca gândul să nu mai reprezinte decât simpla electrochimie și ne reduce la niște biete automate, biete mașini. Acești oameni greșesc profund, pentru că ceea ce face cu adevărat această perspectivă este să înalțe materia la ceva infinit de misterios, pe care nu-l înțelegem. Sunt o sută de miliarde de celule nervoase în creierul nostru. Oare fiecare dintre ele are un fragment de conștiință în ea? De câte celule nervoase avem nevoie pentru a fi conștienți sau pentru a simți durerea? Sau, poate, conștiința și gândirea rezidă în impulsurile electrochimice care țin laolaltă aceste miliarde de celule? Oare melcul este conștient? Simte durerea când îl strivești sub picior? Nimeni nu știe.

Un neurolog eminent și excentric, care mi-a trimis mulți pacienți în cursul anilor, m-a rugat să examinez o femeie pe care o operasem cu un an în urmă și care era într-o stare vegetativă persistentă. O operasem de o malformație arteriovenoasă ruptă, după ce suferise o hemoragie cu risc de deces, și o operasem în regim de urgență. Fusese o operație dificilă și, deși îi salvase viața, n-a putut corecta răul făcut creierului ei de hemoragie. Era în comă înaintea operației și a rămas în comă multe săptămâni după aceea. La câteva săptămâni de la operație a fost transferată înapoi, la spitalul local, iar acolo s-a aflat sub îngrijirea unui neurolog care dorea acum să o examinez, în căminul de bătrâni în care ajunsese. Înainte de a fi transferată la cămin, o operasem ca să-i pun un șunt pentru hidrocefalia pe care o făcuse ca efect secundar întârziat al hemoragiei inițiale.

Deși operația de șunt fusese relativ o operație minoră – de genul celor pe care le deleg stagiarilor mei – o țin minte bine, pentru că am făcut-o la spitalul local, și nu în centrul meu neurochirurgical. Foarte rar operez în afara propriilor mele săli de operație, cu excepția cazurilor în care lucrez în străinătate. M-am dus la spitalul local districtual cu o tavă de instrumente și cu unul dintre rezidenții mei. M-am dus crezând că vizita în spital a unui neurochirurg principal – întrucât, în mod normal, nu se făceau operații pe creier acolo – ar fi un eveniment de o oarecare importanță și ar fi prezentat un oarecare interes, dar în afara familiei disperate, oricine altcineva din spital

părea abia să fi observat sosirea mea. Neurologul local, care era plecat în momentul vizitei mele, spusese familiei că operația ar putea ameliora starea vegetativă persistentă a pacientei. Eu eram mai puțin optimist, și am spus-o, dar nu era mare lucru de pierdut dacă încercam, așa că după ce am discutat acest lucru cu ei, am coborât la secția de chirurgie unde, după cum mi s-a spus, personalul era pregătit și mă aștepta să operez.

Asistentele și anesteziștii m-au salutat cu totală indiferență, ceea ce mi s-a părut cât se poate de deconcertant. Am fost nevoit să aștept două ore până când a fost adusă pacienta pentru operație și, când în cele din urmă a intrat în sala de operație, întregul personal lucra într-o liniște letargică și morocănoasă. Contrastul cu sălile mele de neurochirurgie prietenoase și energice era remarcabil. Nu-mi puteam da seama dacă aveau senzația că le risipeam timpul operând o legumă umană sau dacă, de fapt, acesta era felul lor obișnuit de a se comporta. Așa că am făcut operația, am stat de vorbă cu familia după aceea și m-am întors cu mașina la Londra.

Pe măsură ce treceau lunile după această a doua operație, a devenit foarte clar că șuntul nu a schimbat cu nimic starea ei, iar neurologul dorea să examinez pacienta și să văd dacă șuntul funcționa sau dacă se blocase. Părea oarecum o cruzime și inutil să o târăsc până la spitalul meu în ambulanță numai pentru o opinie din partea mea, așa că am fost de acord – cam fără tragere de inimă, pentru că știam că nu o pot ajuta – să o vizitez la căminul care se ocupa acum de ea.

Pacienții în stare vegetativă persistentă – sau SVP, cum i se spune prescurtat – par să fie treji pentru că au ochii deschiși, totuși nu dovedesc nici un fel de luciditate sau reacție la lumea exterioară. Sunt conștienți, ar spune unii, dar conștiința lor nu are nici un conținut. Au devenit o carcasă goală, nu e nimeni acasă. Și totuși, ultimele cercetări cu ajutorul tomografiilor funcționale ale creierului arată că lucrurile nu stau mereu așa. Unii dintre acești pacienți, în ciuda faptului că sunt muți și lipsiți de reacții, par să aibă o oarecare activitate care se desfășoară în creierul lor și o oarecare conștiință despre existența lumii din afară. Cu toate acestea, nu e deloc clar ce anume înseamnă lucrul acesta. Să fie oare într-un fel de stare de vis perpetuu? Să fie în rai sau în iad? Sau pur și simplu sunt vag

conștienți, având doar un fragment de conștiință, de care ei înșiși abia dacă-și dau seama?

Au existat în ultimii ani câteva cazuri foarte importante în instanță, care dezbăteau dacă tratamentul care ține aceste persoane în viață – pentru că ele nu pot mânca sau bea – trebuie întrerupt sau nu, dacă ar trebui lăsate să moară sau nu. În câteva cazuri, judecătorii au decis că era rezonabil să se întrerupă tratamentul, iar pacienții vegetativi să fie lăsați să moară. Acest lucru nu se întâmplă repede – în schimb legea, solemnă și absurdă, insistă ca pacienții să fie lăsați nemâncați și deshidratați până mor, un proces care de obicei durează câteva zile.

Mi-am terminat consultațiile la policlinică la opt și am ieșit cu mașina din Londra, în seara de început de toamnă. Era destul de târziu când am ajuns acasă la neurolog. M-a dus cu mașina lui la azilul care era la câțiva kilometri distanță. Era o casă de țară plăcută, înconjurată de pomi înalți și bătrâni. Se făcuse deja noapte, iar după ce am parcat mașina am văzut luminile prietenoase ale azilului, printre ramurile negre ale copacilor, în timp ce traversam terenul de tenis părăsit, acoperit cu frunze uscate. Azilul era condus de călugărițe catolice și se ocupa de cei cu leziuni cerebrale severe. Înăuntru, totul era curat și ordonat, iar personalul în mod evident foarte atent și prietenos. Contrastul cu spitalul în care făcusem operația de implantare a șuntului cu un an înainte nu putea fi mai mare. Personalul catolic devotat nu accepta lecția gravă a neuroștiinței – că tot ce suntem noi depinde de integritatea fizică a creierelor noastre. Credința lor veche într-un suflet uman imaterial însemna că puteau crea un cămin bun și iubitor pentru acești pacienți vegetativi și pentru familiile lor.

Sora a urcat cu mine pe o scară impunătoare, ducându-mă să-mi văd pacienta. Mă întrebam cine locuise oare inițial în acea casă – un capitalist edwardian sau, poate, un aristocrat mai modest, cu o mică armată de servitori. Mă gândeam ce ar fi crezut despre utilizarea care i se dăduse acum casei sale impunătoare. La primul etaj era un coridor larg, mochetat, pe care am mers, trecând pe lângă mulți pacienți aflați în camerele situate de fiecare parte a acestuia. Toate ușile erau deschise și prin ele vedeam formele nemișcate ale pacienților întinși în pat. În dreptul fiecărei uși era o placă emailată

cu numele pacientului; fiindcă stăteau acolo atât de mulți ani până mureau, puteau avea plăcuțe adevărate în locul etichetelor de hârtie pe care le vezi în spitalele obișnuite. Spre groaza mea, am recunoscut cel puțin cinci dintre nume ca fiind ale unor foști pacienți de-ai mei.

Unul dintre neurochirurgii principali care mă pregătiseră, un om pe care îl venerez, mi-a spus odată povestea chirurgului renumit căruia i se acordase titlul de cavaler și căruia, la rândul său, îi fusese ucenic.

„Îndepărta tumorile acustice cu un elevator periosteal, un instrument folosit în mod normal pentru deschiderea craniului“, mi-a spus. „O operație care ar fi luat majorității chirurgilor multe ore, lui îi lua 30 sau 40 de minute. Inevitabil, acest lucru ducea uneori la dezastru. Îmi amintesc de o femeie cu o tumoare acustică mare – a prins artera vertebrală cu elevatorul și a apărut o hemoragie torențială. Femeia era evident terminată. A trebuit să o închidă, și asta a fost tot. Cu toate acestea, trebuia să-l sun în fiecare seară la șapte fix ca să-i spun ce făceau toți pacienții. Așa că am parcurs lista tuturor pacienților internați. La sfârșit am pomenit despre femeia cu tumoarea acustică. Încă îmi amintesc numele ei, se numea doamna B. Doamna B. e pe ducă, i-am spus – sau ceva de genul acesta. «Doamna B.?», m-a întrebat. «Cine este?» O uitase deja. Mi-aș dori o memorie de acest fel“, mi-a spus șeful meu, meditativ. „Chirurgii mari“, a adăugat apoi, „tind să aibă memorie proastă“.

Sper că sunt un chirurg bun, dar în mod sigur nu sunt un chirurg mare. Nu succesul mi-l amintesc, ci eșecurile – sau cel puțin așa îmi place să cred. Dar aici, în azil, erau câțiva pacienți pe care îi uitasem deja. Unii dintre ei erau oameni pe care pur și simplu nu am putut să îi ajut, dar se afla printre ei cel puțin un om pe care, cum spun stagiarii mei în felul lor naiv și lipsit de tact, îl nenorocisem.

Îl operasem în mod nechibzuit cu mulți ani în urmă de o tumoare mare, într-un spirit de entuziasm tineresc. Operația a durat 18 ore și, la două dimineața, i-am rupt din neatenție artera bazilară – aceasta este artera care alimentează trunchiul cerebral – și nu s-a mai trezit. I-am văzut trupul gri chircit în pat. Nu l-aș fi recunoscut niciodată dacă nu ar fi fost placa emailată cu numele său lângă ușă.

Pacienta pe care venisem să o văd zăcea mută și imobilă, cu membrele rigide, cu ochii deschiși pe o față lipsită de expresie. Fusese

ziaristă la un ziar local, plină de viață și energie, dar a suferit hemoragia care i-a produs acea nenorocire pe care operația nu a putut să o repare. Pe pereții din jurul camerei erau fotografii cu ea zâmbind fericită, înaintea acestui eveniment groaznic. Scotea din când în când sunete ca un mieunat. Mi-a luat doar câteva minute să verific șuntul, introducând un ac în el prin scalp, și să-mi dau seama că funcționa. Nu puteam face nimic ca să o ajut.

Comunica, aparent, printr-un buzer care folosea codul Morse, pentru că se părea că își putea mișca un deget. O asistentă stătea lângă ea și asculta cu răbdare semnalele sonore, concentrându-se foarte tare, cu o ușoară încruntare. Le interpreta pentru mine. Pacienta mă întreba, mi-a explicat asistenta, în legătură cu șuntul și apoi mi-a mulțumit și mi-a urat noapte bună.

Mama ei era acolo și a ieșit din cameră împreună cu mine, acostându-mă oarecum disperată pe coridorul larg de afară. Am vorbit puțin timp. Îmi vorbea despre scrisori pe care le trimisese fiica ei – transcrise de una dintre surori, după transmisia în codul Morse. Mi-a mărturisit că se îndoia întru câtva că fiica ei spusese într-adevăr lucrurile transcrise de asistente.

Nu ai cum să știi, bineînțeles. Mama femeii trăiește un coșmar, un labirint de incertitudine și dragoste fără speranță, fiica ei fiind și moartă, și vie. În spatele feței rigide, lipsite de expresie a fiicei sale, să fie aceasta trează de fapt? Este conștientă, într-o anumită măsură, de ceea ce se întâmplă în afara corpului ei paralizat? Oare asistentele inventează scrisorile sale – intenționat sau neintenționat? Oare credința lor le induce în eroare? Vom ști vreodată?

20. HUBRIS

subst. *mândrie arogantă sau orgoliu; (în tragedia greacă) mândrie excesivă față de zei sau sfidare a acestora, care duce la nemesis.*

M-am dus de dimineață la magazinul Marks & Spencer de la Wimbledon și am cumpărat o cutie întreagă de fructe și bomboane de

ciocolată pentru echipa de bloc operator. Am căutat prin colecția mea de CD-uri și am ales dintre ele suficiente ca să ne ajungă toată ziua și o mare parte a nopții, pentru că operația avea să fie lungă. Eram medic specialist de numai patru ani, dar aveam deja o experiență foarte mare, mai mare decât oricare alt chirurg pe care îl știam. Pacientul era profesor de școală, avea aproape 60 de ani, era înalt, cu ochelari, și mergea sprijinindu-se în baston, puțin aplecat de spate. Fusese consultat de un neurolog local, care ceruse o tomografie, iar apoi îmi fusese trimis mie, pentru un punct de vedere. Era pe vremea vechiului spital și l-am invitat în biroul meu, ale cărui geamuri dădeau către un mic pâlc de mesteceni. Una dintre vulpile de prin zonă îmi arunca câte o privire de afară, cu o expresie gânditoare, în timp ce trecea pe acolo. Am invitat pacientul să stea pe scaunul de lângă biroul meu, cu soția și fiul alături de el, și am luat filmele radiologice – pe care le adusese cu el – la caseta de proiecție radiologică de pe perete. Mai era mult până să apară calculatoarele.

Știam deja ce aveau să arate radiografiile, dar tot am fost luat prin surprindere de mărimea tumorii care creștea de la baza craniului. Întregul trunchi cerebral și nervii cranieni – nervii pentru auz, mișcare, senzația la nivelul feței și pentru înghițit și vorbit – erau întinși peste masa sinistră ca o cocoașă a tumorii. Era un meningiom petroclival neobișnuit de mare. Până în acel moment mai văzusem tumori de o astfel de dimensiune numai în manuale. În anii ulteriori aveam să văd multe astfel de tumori în Ucraina, când pacienți din toată țara, cu tumori groaznice, veneau să-mi ceară opinia. Nu eram sigur dacă să mă simt entuziasmat sau alarmat.

M-am întors la biroul meu și m-am așezat lângă el.

„Ce vi s-a spus despre asta?“, l-am întrebat.

„Neurologul a spus că e benignă“, a răspuns. „Și că dumneavoastră veți hotărî dacă trebuie îndepărtată sau nu.“

„Da, este evident benignă, dar este și foarte mare“, am spus. „Dar aceste tumori cresc foarte încet, așa că știm că este acolo de mulți ani deja. Ce v-a determinat să faceți tomografia?“

Mi-a spus că observase că mersul îi devenise puțin nesigur în ultimii ani și că începea să-și piardă auzul pe partea stângă.

„Dar ce se întâmplă dacă rămâne acolo?“, a întrebat fiul lui.

Am răspuns prudent, spunându-le că va continua să crească încet și că starea lui se va deteriora încet.

„Am hotărât deja să mă pensionez mai devreme, pe motive medicale“, a spus.

Am explicat că operația nu era lipsită de riscuri.

„Ce fel de riscuri?“, a întrebat fiul său.

Le-am spus că riscurile erau foarte serioase. Erau atât de multe structuri ale creierului implicate în tumoare, încât pericolele operației mergeau de la surzenie sau paralizie facială până la moarte sau accident cerebral major. Am descris ce presupunea operația.

Toți trei au rămas tăcuți o vreme.

„Am luat legătura cu Profesorul B. din America“, a spus fiul. „A spus că tumoarea trebuie operată și că poate să facă el acest lucru.“

Nu eram sigur ce să spun. Eram doar la începutul carierei mele de medic specialist și știam că alți chirurgi aveau mai multă experiență decât mine. În anii aceia eram copleșit de admirație pentru marile nume ale neurochirurgiei internaționale, pe care le puteai auzi ținând prelegeri în deschiderea conferințelor în cadrul cărora arătau cazuri cum era cel al bărbatului din fața mea și rezultatele uluitoare pe care le obținuseră, depășind total orice făcusem eu vreodată până în acel moment.

„Dar ar costa peste 100 000 de dolari“, a spus soția pacientului. „Și nu ne permitem.“

Fiul arăta puțin jenat.

„Ni s-a spus că Profesorul M. este cel mai bun neurochirurg din țară“, a spus. „Și o să mergem la dumnealui pentru o a doua opinie.“

M-am simțit umilit, dar știam că orice operație avea să fie extraordinar de grea.

„E o idee bună“, am spus. „Mă interesează în mod deosebit ce părere are.“ Au plecat, iar eu am continuat să consult pacienții din ambulatoriu.

„Vă fac legătura cu Profesorul M.“, mi-a zis Gail, două săptămâni mai târziu, băgând capul pe ușa biroului meu.

Am ridicat telefonul și am auzit vocea puternică și încrezătoare a profesorului. Îl cunoscusem puțin, pe când eram stagiar, și era în mod

cert un chirurg superb, pe care toții stagiarii sperau să-l emuleze. Neîncrederea în sine nu a părut niciodată să fie una dintre slăbiciunile sale. Auzisem că avea să se pensioneze în curând.

„A, Henry!“, a spus. „Tipul acesta cu meningiomul petroclival. Trebuie rezolvat. Începe deja să aibă oarecare dificultăți de înghițire, așa că e o chestiune de timp până când va face pneumonie de aspirație și acesta îi va fi sfârșitul. Le-am spus că ar trebui să-l operezi tu.“

„Vă mulțumesc frumos, domnule Profesor“, am răspuns, puțin surprins, dar încântat să mi se fi dat ceea ce mi se părea ca o dispensă papală.

Așa că am făcut pregătiri pentru operație, așteptându-mă să fie una lungă. Se întâmpla cu mulți ani în urmă, când spitalele erau altfel și tot ceea ce trebuia să fac era să rog personalul sălii de operație și pe anesteziști să stea mai mult decât de obicei. Nu existau manageri a căror permisiune trebuia cerută. Operația a început într-un spirit aproape festiv. Era o operație pe creier colosală – o „adevărată lovitură“, cum a spus rezidentul american care mă asista.

În timp ce-i deschideam craniul, vorbeam despre nume mari în neurochirurgia americană.

„Profesorul B. este un chirurg cu adevărat fantastic, un tehnician extraordinar“, a spus rezidentul meu, „dar știți cum îi spuneau rezidenții înainte de a se muta unde lucrează acum? Îi spuneau «Măcelarul», din cauză că a făcut praf atât de mulți pacienți în timp ce își perfecționa tehnica cu aceste cazuri realmente dificile. Și chiar și acum apar niște complicații groaznice la operațiile lui. Însă asta nu pare să-l afecteze prea mult“.

Este unul dintre adevărurile dureroase ale neurochirurgiei: reușești să devii bun la operarea cazurilor cu adevărat grele dacă ai foarte multă practică, dar aceasta înseamnă să faci o mulțime de greșeli la început și să lași în urmă un șir de pacienți infirmi. Bănuiesc că trebuie să fii puțin psihopat ca să continui, sau cel puțin să ai o piele destul de groasă. Dacă ești un doctor cumsecade, probabil ai să renunți, lăsând natura să-și urmeze cursul, și ai să te rezumi la cazurile mai simple. Fostul meu șef, care era într-adevăr cumsecade – cel care l-a operat pe fiul meu –, spunea: „Dacă e ca pacientul să

ajungă infirm, prefer să-l las pe Dumnezeu să facă răul și să nu-l fac eu însumi“.

„În Statele Unite“, a continuat rezidentul meu, „suntem ceva mai proactivi, dar avem un sistem de sănătate comercial și nimeni nu-și permite să admită că a greșit“.

Primele câteva ore ale operației s-au desfășurat perfect. Îndepărtam încet din ce în ce mai mult din tumoare, iar pe la miezul nopții, după 15 ore de operat, părea că mare parte fusese scoasă, iar nervii cranieni nu fuseseră afectați. Începeam să simt că mă alăturam rândurilor neurochirurgilor cu adevărat mari. Mă opream la fiecare o oră sau două și mergeam în biroul asistentelor și mâncam și beam ceva din cutia pe care o adusesem și fumam o țigară – m-am lăsat de fumat câțiva ani mai târziu. Totul era foarte convivial. Muzica a mers fără oprire în timp ce operam – adusesem de dimineață tot felul de CD-uri, cu muzică de la Bach la Abba și până la muzică africană. În spitalul vechi ascultam întotdeauna muzică în timp ce operam și, deși colegilor mei li se păreau puțin ciudate unele dintre preferințele mele, aveau aerul că le place, în special ceea ce numeam noi „muzică de închidere“, adică Chuck Berry sau B.B. King sau alt fel de rock sau blues ascultat când coseam scalpul unui pacient.

Ar fi trebuit să mă opresc în acel moment și să fi lăsat ultima bucată de tumoare acolo, dar voiam să pot spune că am îndepărtat întreaga tumoare. Clișeele postoperatorii prezentate de numele internaționale mari, atunci când țineau prelegerile din deschiderea conferințelor, nu arătau niciodată tumori reziduale, prin urmare așa trebuia procedat, chiar dacă presupunea un anumit risc.

Când am început să îndepărtez ultima parte a tumorii, am rupt o mică ramură perforantă de pe artera bazilară, un vas de grosimea unui ac cu gămălie. Un jet îngust de sânge roșu arterial a început să pompeze în sus. Pierderea de sânge era nesemnificativă și destul de ușor de oprit, dar afectarea trunchiului cerebral era îngrozitoare. Artera bazilară este cea care ține trunchiul cerebral în viață, iar trunchiul cerebral este cel care ține restul creierului treaz. Drept urmare, pacientul nu s-a mai trezit niciodată și, din acest motiv, șapte ani mai târziu l-am văzut încolăcit într-un ghem jalnic, pe un pat din azil.

N-am să descriu durerea de a-i vedea forma inconștientă la terapie intensivă multe săptămâni după operație. Ca să fiu cinstit, nu-mi amintesc bine acum, memoria mi-a fost ocupată cu alte tragedii, mai recente, dar țin bine minte multe conversații extrem de dureroase cu familia, pentru că ne agățam cu toții de un fir de speranță că se va trezi din nou într-o bună zi.

Este o experiență pe care numai neurochirurgii o cunosc, și una pe care toți neurochirurgii o cunosc foarte bine. În general, în cazul altor specialități chirurgicale, pacientul fie moare, fie se face bine și nu lâncezește cu lunile în salon. Nu este ceva despre care să discutăm între noi, eventual doar oftezi și clatini din cap când auzi despre un astfel de caz, dar cel puțin știi că înțelege cineva ceea ce simți. Câțiva reușesc, se pare, să lase repede în urmă cele întâmplate, dar ei reprezintă o minoritate. Poate că ei sunt cei care vor deveni mari neurochirurgi.

În cele din urmă, bietul om a fost trimis înapoi la spitalul local, în continuare în comă, dar fără să mai aibă nevoie de ventilare mecanică, iar la un anumit moment dat a fost trimis la un azil, unde a rămas de atunci încoace. Acesta era bărbatul pe care îl văzusem și abia îl recunoscusem cu ocazia vizitei pe care o făcusem ca să examinez fata cu mutism akinetic.

De-a lungul următorilor ani, de fiecare dată când am văzut cazuri similare – ceea ce s-a întâmplat numai de câteva ori –, am considerat că tumorile sunt inoperabile și am lăsat nefericiții pacienți să meargă în altă parte sau să facă radioterapie, care nu este foarte eficientă în cazul tumorilor mari de acest gen. Tot în acești ani mi s-a destrămat și căsnicia, iar vechiul spital s-a închis. Nu sunt sigur dacă mi-am dat seama atunci, dar aceasta a fost perioada în care am devenit puțin mai trist, dar, aș vrea să cred, mult mai înțelept.

Cu toate acestea, mi-am recâștigat treptat curajul și am folosit ceea ce învățasem din consecințele tragice ale hubrisului meu ca să obțin rezultate mult mai bune în cazul tumorilor de acest gen. Operam, dacă era necesar, în etape, timp de mai multe săptămâni, operam împreună cu un coleg, făceam cu rândul, lucram câte o oră, apoi ne odihneam o oră, ca șoferii dintr-un convoi militar. Nu mai încercam să îndepărtez întreaga tumoare, dacă lucrul acesta părea să fie

deosebit de dificil. Rareori acceptam ca o operație să dureze mai mult de șapte sau opt ore.

Problema rămâne, totuși, că astfel de tumori sunt foarte rare. În Marea Britanie, o țară cu o cultură care crede în virtuțile amatorismului și în care majoritatea neurochirurgilor nu sunt foarte dispuși să trimită cazurile dificile unui coleg cu experiență mai multă, nici un chirurg nu va câștiga la fel de multă experiență ca omologii noștri din Statele Unite. În America sunt mult mai mulți pacienți și, prin urmare, mai mulți pacienți cu astfel de tumori. Pacienții sunt mai puțin deferenți și încrezători în medici decât cei din Anglia. Sunt mai mult genul de consumatori decât de petiționari, așa că este mai probabil ca aceștia să se asigure că sunt tratați de un chirurg cu experiență.

După 25 de ani, aș dori să cred că am devenit relativ expert – dar a fost un progres de durată, lent, cu multe probleme pe parcurs, deși nici una la fel de îngrozitoare ca acea primă operație. Acum câțiva ani am operat-o pe sora unui celebru interpret de rock, cu o tumoare foarte similară, și, după dificultățile din primele câteva săptămâni de la operație, s-a restabilit perfect. Fratele ei mi-a dat o sumă mare de bani, dintr-un fond de caritate pe care îl gestionează, ceea ce m-a ajutat să-mi finanțez de atunci activitatea din Ucraina și din alte locuri, așa că aș putea spune că a avut și o urmare bună operația aceea nefericită de acum mulți ani.

Au mai fost încă alte două lecții pe care le-am învățat în acea zi. Una a fost să nu fac o operație pe care un chirurg cu mai multă experiență decât mine nu dorea să o facă; cealaltă a fost să tratez unele dintre prelegerile principale de la conferințe cu un grad de scepticism. Și nu mai suport să ascult muzică atunci când operez.

21. Fotopsie

subst. *senzația vederii unor străluciri scurte, produse de stimularea mecanică a retinei.*

Boala este ceva care se întâmplă numai pacienților. Aceasta este o lecție importantă pe care o înveți devreme, ca student medicinist. Ești dintr-odată confruntat cu o nouă lume înspăimântătoare a bolii și a morții și înveți cum boli extrem de grave încep adesea cu simptome cât se poate de banale – sânge pe periuța de dinți poate însemna leucemie, o mică umflătură la gât poate însemna cancer, o aluniță pe care nu ai observat-o înainte poate fi un melanom malign. Majoritatea studenților mediciniști trec printr-o scurtă perioadă în care fac tot felul de boli imaginare – eu însumi am avut leucemie cel puțin patru zile – până când învață, ca mod de autoconservare, că bolile li se întâmplă numai pacienților, nu și doctorilor. Această detașare necesară de pacienți devine cu atât mai mare atunci când începi să lucrezi ca rezident în primul an și trebuie să le faci pacienților lucruri înspăimântătoare și neplăcute. Începe cu recoltarea probelor de sânge și montarea sondelor și progresează în timp – dacă te specializezi în chirurgie – la proceduri din ce în ce mai radicale, tăierea și spintecarea trupurilor oamenilor. Ar fi imposibil să faci aceste lucruri dacă ai simți tu însuți teama și suferința pacienților. Apoi, răspunderea din ce în ce mai mare ce vine odată cu urcarea scării profesionale implică teama mai mare că vei face o greșeală și că pacienții vor avea de suferit. Pacienții devin motive atât de teamă, cât și de compasiune. Este mult mai ușor să simți compasiune pentru alții dacă nu răspunzi pentru ceea ce li se întâmplă.

Așa că atunci când doctorii se îmbolnăvesc ei înșiși, au tendința de a ignora simptomele inițiale și le este greu să scape de relația doctor–pacient, pentru a deveni simpli pacienți la rândul lor. Se spune că le ia foarte mult să-și diagnosticheze propria boală. Eu nu am prea băgat de seamă fulgerările din ochi. Începuseră când m-am întors la lucru în septembrie, după o vacanță de vară târzie. Am observat că de fiecare dată când mergeam pe coridoarele puternic luminate, ca de fabrică, ale spitalului, îmi apărea pentru o clipă o mică scânteie în ochiul stâng. Era greu de precizat cauza și, după două săptămâni, a dispărut. Câteva săptămâni mai târziu însă, am observat ceea ce părea să fie un arc luminos intermitent, chiar sub unghiul de vedere al ochiului stâng, care apărea și dispărea fără motiv. Am fost puțin îngrijorat de acest lucru, dar cum simptomele erau aproape subliminale, le-am

ignorat, deși nu puteam să nu mă gândesc la pacienții pe care îi consult și ale căror tumori cerebrale își pot uneori face cunoscută prezența prin simptome vizuale subtile, foarte similare. Le-am atribuit în schimb anxietății pe care mi-o producea gândul la ședința cu directorul executiv al spitalului pentru care fusesem convocat, probabil ca să fiu mustrat pentru că am creat probleme din nou.

Într-o seară, în timp ce conduceam, am simțit o ploaie de scântei în ochiul stâng, ca niște stele căzătoare. Când am ajuns acasă am constatat că ochiul părea să se fi umplut de un nor de tuș, negru și învolburat. Era destul de alarmant, dar complet nedureros. Nu acordasem prea mare atenție oftalmologiei ca student și nu aveam nici o idee despre ceea ce se întâmpla, dar câteva minute pe internet mi-au fost suficiente ca să aflu că suferisem o dezlipire vitroasă. Corpul vitros – gelatina transparentă care umple ochiul în spatele cristalinului – se dezlipise de peretele globului ocular. Cum sunt foarte miop, am aflat că riscam ca dezlipirea vitroasă să progreseze până la desprindere de retină, ceea ce ar fi putut să ducă la pierderea vederii la ochiul respectiv.

Un avantaj major al faptului de a fi medic este că poți beneficia de ajutor medical imediat din partea prietenilor, fără chinul cu care se confruntă pacienții noștri când stau la coadă la secția de urgențe a spitalului local, la cabinetul medicului generalist sau, și mai rău, când încearcă să găsească un medic în afara orelor de program. Am sunat un coleg oftalmolog. Mi-a programat o consultație a doua zi, duminică, dimineața devreme. Așa că a doua zi am condus, pe drumurile pustii, către spitalul unde lucrăm amândoi, cu vederea ochiului stâng încețoșată intermitent de norul plutitor de sânge negru. Mi-a examinat ochiul și mi-a spus că aveam un început de desprindere a retinei. Se întâmpla în perioada în care încă aveam un cabinet privat mare și îmi puteam permite asigurare medicală privată, așa că mi s-a făcut programare pentru ziua următoare la un medic specialist în chirurgie vitreo-retiniană, într-unul dintre spitalele private din centrul Londrei.

Acum știam că desprinderea de retină se poate întâmpla foarte brusc – retina se poate pur și simplu lua de pe globul ocular, precum tapetul vechi de pe un perete umed – și am stat întins în noaptea

aceea în dormitorul întunecat, având-o alături pe soția mea, Kate, la fel de îngrijorată ca mine, deschizând și închizând ochiul, verificând dacă văd, întrebându-mă dacă aș putea pierde vederea la acel ochi, urmărind forma estompată a norului de sânge care dansa pe cerul nopții văzut prin ferestre. Se întorcea și se răsucea lent, foarte elegant, oarecum asemenea unui screensaver. Spre surprinderea mea, în cele din urmă am adormit, iar dimineața vedeam suficient de bine pentru a merge la lucru – programarea la chirurgul vitreo-retinian era pentru după-amiază.

Chirurgii se pot îmbolnăvi ca oricine altcineva, dar poate fi greu să apreciezi dacă te simți suficient de bine ca să operezi. Nu poți renunța să operezi doar pentru că nu ești foarte în formă, dar, pe de altă parte, nimeni nu ar vrea să fie operat de un chirurg bolnav. Am aflat cu mult timp în urmă că pot opera perfect chiar dacă sunt obosit, pentru că atunci când operez sunt într-o stare de excitație intensă. Cercetările din domeniul privării de somn au arătat că oamenii lipsiți moderat de somn fac greșeli dacă efectuează lucruri plictisitoare, monotone. Chirurgia – oricât de banală ar fi operația – nu este niciodată plictisitoare sau monotonă. Am făcut atunci o operație – ca o ironie, operația s-a desfășurat sub anestezie locală la nivelul ariei vizuale a creierului unui bărbat – și am uitat complet de propriile mele anxietăți, până când, în timp ce am început să-i asamblez la loc craniul, mi-am amintit că în curând aveam să fiu eu însumi pacient.

Brusc înfricoșat, am părăsit spitalul în grabă și am chemat un taxi care să mă ducă la Clinica din Harley Street, în centrul Londrei.

Chirurgul retinian era ceva mai tânăr decât mine, dar m-am recunoscut pe mine în abordarea sa chirurgicală – afabil și metodic, cu acea compasiune precaută pe care și-o dezvoltă toți doctorii, dornici să ajute, dar îngrijorați că pacienții ar putea cere lucruri dificile din punct de vedere emoțional. Știam că avea să-i displacă să trateze un coleg chirurg – este în același timp un compliment și un blestem să te roage colegii să-i tratezi. Toți colegii simt o anxietate când își tratează colegii. Nu este o anxietate rațională – posibilitatea de a primi plângeri din partea colegilor, dacă lucrurile merg prost, este mult mai mică decât atunci când e vorba despre alți pacienți,

pentru că primii știu prea bine că medicii sunt ființe umane falibile și nu dețin total controlul asupra celor ce urmează să se întâmple. Chirurgul care tratează un coleg chirurg se simte anxios deoarece regulile obișnuite de detașare au fost încălcate și se simte deconspirat fără ieșire. Știe că pacientul său știe că el este falibil.

Mi-a examinat retina din nou. Lumina era deosebit de puternică și am tresărit puțin.

„A început să se formeze lichid în spatele retinei“, a spus. „Vă operez mâine-dimineață.“

Am ieșit din clădire 20 de minute mai târziu, într-o stare de panică. În loc să iau metroul sau un taxi până acasă, am mers pe jos cei 10 kilometri, repetându-mi în gând toate lucrurile îngrozitoare care mi s-ar putea întâmpla – începând cu abandonarea carierei (de fapt, chiar știam doi chirurgi care fuseseră obligați să facă acest lucru, în urma dezlipirii retinei) și până la orbire totală, ceea ce era posibil, pentru că mi se spusese că existau unele modificări timpurii care prevesteau dezlipirea și la celălalt ochi. Nu-mi amintesc cum mi se derulau gândurile în timp ce mergeam, dar, spre surprinderea mea, până am ajuns acasă mă împăcasem în mod ciudat cu problema. Aveam să accept orice avea să se întâmple, dar speram să fie totul perfect. Uitasem că îmi închisesem mobilul când eram la clinică și mi-a crăpat obrazul de rușine când am găsit-o pe Kate așteptându-mă acasă într-o panică totală, temându-se de ce putea fi mai rău, neputând lua legătura cu mine.

A doua zi dimineața, la spital mă aștepta o secretară de cabinet eficientă. Am terminat repede cu hârtiile și am fost condus în camera mea. Brancardierii și infirmierii purtau veste negre ca niște paji, toate coridoarele și toate camerele aveau covoare și erau dominate de liniște și de o lumină difuză. Contrastul cu spitalul public mare în care lucrez nu putea fi mai pregnant. Chirurgul mi-a reexaminat ochiul stâng și mi-a spus că aveam nevoie de o operație numită vitrectomie cu bule de gaz, care presupune inserarea mai multor ace mari în globul ocular, aspirarea gelului vitros și lipirea la loc a retinei cu o sondă criogenică. Globul ocular este apoi umplut cu oxid de azot, pentru a ține retina fixă următoarele câteva săptămâni.

„Operația se poate face cu anestezie locală sau cu anestezie generală“, mi-a spus chirurgul, cu o voce ușor ezitantă. Era evident că nu îl atrăgea ideea de a mă opera sub anestezie locală, și de altfel nici pe mine nu mă atrăgea, deși m-am simțit ca un laș când m-am gândit cum îmi supun mulți dintre pacienți la operație pe creier sub anestezie locală.

„Anestezie generală, vă rog“, am spus, spre evidenta lui ușurare, iar în același moment, anestezistul său, care probabil așteptase afară cu urechea lipită de ușă, a năvălit în cameră ca un michiduță-n cutiuță și repede mi-a verificat condiția fizică în vederea administrării anesteziculuI. O jumătate de oră mai târziu, îmbrăcat într-unul dintre acele halate absurde care, din motive obscure, se închid în spate, și nu în față, lăsând de obicei fundul la vedere, cu chiloți de hârtie și ciorapi albi antiembolism și o pereche de papuci uzați, am fost escortat la blocul operator de una dintre asistente. Pe când intram în sala de anestezie, aproape am izbucnit în râs. Cred că am intrat în blocuri operatorii de mii de ori, eu, chirurgul fără de care nu se poate, conducându-și micul regat, iar acum intram ca pacient, în halat și chiloți de hârtie.

Întotdeauna îmi fusese groază să ajung pacient și totuși, la vârsta de 56 de ani, când în cele din urmă s-a întâmplat acest lucru, am constatat că era foarte ușor. Aceasta pentru că, pur și simplu, am realizat cât de norocos eram în comparație cu pacienții mei – ce putea fi mai rău decât să ai o tumoare la creier? Ce drept aveam să mă plâng, când alții trebuie să sufere mult mai mult? Poate se datora și faptului că îmi foloseam asigurarea de sănătate privată și astfel evitam acea pierdere a intimității și a demnității la care sunt supuși majoritatea pacienților, în cadrul sistemului național de sănătate. Eram singur în cameră, cu covor și propria baie – detalii care sunt foarte importante pentru pacienți, dar nu și pentru administratorii și arhitecții sistemului național de sănătate. Și, mă tem că trebuie s-o spun, nici doctorilor nu le prea pasă de lucrurile acestea, până când devin pacienți și ajung să înțeleagă că pacienții din spitalele de stat rareori au parte de pace, odihnă sau liniște și nu reușesc niciodată să aibă o noapte de somn odihnitor.

Am fost anesteziat și m-am trezit câteva ore mai târziu, înapoi în camera mea, cu un bandaj pe ochi, fără nici un fel de durere. Mi-am petrecut seara ațipind și trezindu-mă, urmărind un spectacol de lumini fascinant în ochiul meu lipsit de vedere, spectacol intensificat de morfină. Era ca și cum aș fi zburat noaptea deasupra unui deșert negru ca smoala, cu focuri strălucitoare arzând în depărtare. Îmi aducea aminte de incendiile de vegetație pe care le priveam noaptea, pe vremea când lucram ca profesor în Africa de Vest, cu mulți ani în urmă – pereți lungi de flăcări, împinși prin savană de vântul *harmattan* din Sahara, arzând la orizont, sub stele.

Chirurgul a venit să mă vadă foarte devreme a doua zi dimineață, în drum către spitalul de stat unde lucra. M-a condus la sala de tratament și mi-a scos bandajul de pe ochiul stâng. Nu vedeam decât o pată întunecată neclară – ca și cum aș fi fost sub apă.

„Aplecați-vă în față și țineți ceasul aproape, în dreptul ochiului stâng“, mi-a zis. „Vedeți ceva?“

S-a conturat imaginea tremurată a cadranului ceasului meu, mărit imens, ca luna ce răsare din mare, noaptea.

„Da“, i-am spus.

„Bine“, a spus vesel. „Încă mai puteți vedea.“

Ochiul meu stâng a fost efectiv orb în următoarele săptămâni. Bula de gaz din ochi a fost la început ca orizontul unei mari planete, peste care puteam vedea numai o strălucire din lumea de afară. S-a micșorat treptat și vederea mi-a revenit încet – interiorul ochiului meu era ca una dintre acele lămpi decorative cu lavă, stridente, bula rostogolindu-se încet și săltând de fiecare dată când mișcam capul. O lună de zile nu am fost capabil să operez, dar la o săptămână după operație am început, fără tragere de inimă, să ofer consultații în policlinică. Mi se părea foarte obositor. Purtam un bandaj negru pe ochi, ceea ce-mi dădea un aer de pirat, deși mă simțeam puțin jenat ca pacienții să vadă că nu eram perfect sănătos. Când m-am dus, la câteva zile după operație, să-l văd pe chirurgul de ochi, purtându-mi cu mândrie bandajul, acesta s-a uitat mirat la mine.

„O apariție dramatică“, a spus el, dar altfel s-a declarat mulțumit de starea ochiului meu.

M-am refăcut total în câteva săptămâni, dar una dintre consecințele unei vitrectomii este aceea că se deteriorează progresiv cristalinul și trebuie înlocuit. Este o operație simplă, clară, care se face mai des în cazul cataractelor, pe care am făcut-o trei luni mai târziu. În weekendul de după această a doua operație, minoră, am fost disponibil la telefon pentru urgențe.

Dacă nu ar fi plouat duminică după-amiază, poate nu aș fi căzut pe scări și nu mi-aș fi rupt piciorul. Poate că vederea mea nu era încă recuperată. După o noapte de sâmbătă plină, duminică dimineața era liniște. Trebuise să vin la spital să operez la miezul nopții, pentru că rezidentul de gardă era nou și avusese nevoie de ajutor ca să opereze un bărbat de vârstă mijlocie, cu un atac cerebelos – o operație relativ simplă. Operația s-a desfășurat destul de ușor și, fiindcă mă simțeam cam obosit, mi-am petrecut dimineața de duminică lucrând în grădinița mea, care devenise o mică junglă.

M-am dus cu mașina la groapa de reciclare Wandsworth, cu saci de plastic plini de buruieni și crengi uscate din grădină, și m-am alăturat cozii de mașini break lustruite și de SUV-uri, care așteptau să ia parte la acest ritual de duminică dimineața. Oamenii aruncau în containerele uriașe gunoiul – viitoarea arheologie a civilizației noastre – fotolii rupte, canapele, mașini de spălat, echipament hi-fi, cutii de carton, paturi și saltele, mașina de tuns iarba de anul trecut, scaune cu rotile, calculatoare, televizoare, veioze, reviste, bucăți de tencuială și pietriș. În locuri ca acesta plutește un aer furtiv, vinovat – oamenii își evită privirile, ca bărbații într-o toaletă publică, și se grăbesc să se întoarcă în intimitatea și luxul mașinilor strălucitoare și să plece de acolo. De fiecare dată când merg la groapa de gunoi, plec întotdeauna cu o senzație de ușurare, iar cu ocazia aceasta am decis să mă răsplătesc cu o vizită, în drumul spre casă, la centrul local de grădinărit. În timp ce mergeam fericit printre rânduri de plante și butuci, căutând ceva să cumpăr, a început să plouă. Un nor jos, întunecat, arătând ca o cerneală care se împrăștie în apa limpede, a trecut repede pe deasupra și ploaia a început să cadă vertiginos, gonind cumpărătorii înăuntru și lăsând centrul de grădinărit pustiu. M-am trezit stând singur printre plantele verzi și butuci. A sunat mobilul. Era Rob, rezidentul de gardă, care mă suna de la spital.

„Îmi pare rău că vă deranjez“, a zis, trecând prin obișnuita litanie de politețuri pe care o recită întotdeauna când mă sună, „dar aș putea discuta un caz cu dumneavoastră, vă rog?“

„Sigur, bineînțeles“, am spus, grăbindu-mă să mă adăpostesc într-un depozit plin de ghivece de lut.

„E vorba despre un bărbat de 34 de ani, care a căzut de pe un pod…“

„Sinucigaș?“

„Da. Se pare că fusese deprimat în ultima vreme.“

Am întrebat dacă aterizase în cap sau în picioare. Dacă se izbesc de pământ întâi cu picioarele, își fracturează picioarele și coloana și sfârșesc paralizați, iar dacă cad în cap, de obicei mor.

„A aterizat în picioare, dar s-a izbit și cu capul“, a venit răspunsul. „Este un caz de politraumatism – are fracturate pelvisul, tibia și peroneul la ambele picioare și un traumatism cranian sever.“

„Ce arată radiografia?“

„O contuzie hemoragică mare la lobul temporal stâng, iar cisternele bazale s-au dus. Are pupila mărită și fixă pe partea stângă, de cinci ore.“

„Și răspunsul motor?“

„Inexistent, conform celor de pe ambulanță.“

„Bun, ce vrei să faci?“

Rob a ezitat, nedorind să se implice.

„Cred că l-am putea monitoriza.“

„Care crezi că este prognosticul său?“

„Nu foarte bun.“

I-am spus lui Rob că ar fi mai bine să-l lase să moară. Ar muri probabil indiferent ce am face și, chiar dacă ar supraviețui, ar fi total handicapat. L-am întrebat dacă se întâlnise cu cei din familia acestuia.

„Nu, dar vin acum“, mi-a răspuns.

„Bine, atunci explică-le clar cum stau lucrurile“, am spus.

Cât timp am vorbit cu el, ploaia se oprise și soarele ieșise din spatele norilor risipiți. Plantele din jurul meu străluceau reflectând lumina. Cumpărătorii au apărut din adăpostul magazinului și s-a reluat scena pastorală a centrului de grădinărit – grădinari fericiți, plimbându-se printre rândurile de plante și pomi, oprindu-se să le

examineze și gândindu-se ce să cumpere. Mi-am cumpărat o *Viburnum paniculata* cu flori albe, ca niște steluțe, și am plecat acasă cu floarea cocoțată prietenos pe scaunul pasagerului de lângă mine.

L-aș fi putut opera pe acest biet sinucigaș și poate i-aș fi salvat viața, dar cu ce preț? Sau cel puțin asta îmi spuneam în timp ce începeam să sap o groapă în grădina din spate pentru *viburnum*. În cele din urmă, m-am simțit obligat să merg la spital, să mă uit la radiografie personal și să văd pacientul – în ciuda tuturor eforturilor, mi-a fost greu să pronunț o condamnare la moarte, chiar în cazul unui sinucigaș, doar pe baza spuselor altcuiva.

Pantofii se udaseră leoarcă în timpul aversei și înainte de a porni spre spital i-am schimbat cu altă pereche, căreia îi înlocuisem recent tălpile.

L-am întâlnit pe Rob în sala întunecată de proiecție radiologică. A afișat tomografia creierului pe monitorul unui computer tomograf.

„Mda“, am spus, în timp ce mă uitam la tomografii, „este terminat“. Era o ușurare faptul că tomografia arăta mai rău decât descrisese Rob la telefon. Partea stângă a creierului era zdrobită complet, creierul era întunecat pe clișeu din cauza edemului și avea puncte albe – culoarea sângelui pe imaginile tomografiei computerizate a creierului. Creierul îi era atât de inflamat încât chiar dacă l-am fi operat nu exista nici o speranță de supraviețuire, nici măcar în stare de legumă.

„Există două avantaje mari ale carierei de medic“, i-am spus lui Rob. „Unul dintre acestea este că aduni un fond nesfârșit de povești, unele nostime, majoritatea îngrozitoare.“

I-am povestit despre o pacientă sinucigașă pe care o tratasem cu ani în urmă, o femeie tânără și drăguță, în jur de 20 de ani, care se aruncase sub vagoanele de metrou. „A trebuit să i se facă o hemipelvectomie – piciorul a trebuit amputat complet la nivelul pelvisului –, presupun că trenul călcase de-a lungul șoldului și piciorului său. Suferise și o fractură craniană cu înfundare, motiv pentru care ne-a fost trimisă nouă, după ce spitalul local i-a amputat piciorul. I-am rezolvat problema de la cap și a început să se trezească încet, în următoarele câteva zile. Îmi amintesc cum i-am spus că își pierduse piciorul, iar ea a zis: «Vai de mine, nu sună prea plăcut, nu?»

Dar era foarte fericită la început, în mod evident nu-și putea aminti ce anume o făcuse să se arunce sub metrou. Însă pe măsură ce-și revenea în urma traumatismului la cap, pe măsură ce îi era mai bine, ca să spun așa, îi era mai rău, pentru că memoria începuse să-i revină și în fiecare zi vedeai cum e din ce în ce mai deprimată și mai disperată. Când în cele din urmă au apărut părinții ei, am înțeles de ce încercase să se omoare. O scenă foarte tristă.“

„Ce s-a întâmplat cu ea?“, a întrebat Rob.

„Nu am nici o idee. Am trimis-o înapoi la spitalul local și nu am mai auzit de ea.“

„Care este cel de-al doilea avantaj al unei cariere în medicină?“, m-a întrebat politicos Rob.

„A, acela că dacă te îmbolnăvești tu însuți, știi cum să beneficiezi de cea mai bună îngrijire.“ Am făcut cu mâna tomografiei de pe monitorul din fața noastră. „Mă duc să vorbesc cu părinții.“

Am părăsit zona de proiecție radiologică și am mers de-a lungul coridorului mohorât și prea luminat al spitalului, către terapia intensivă. Spitalul era încă foarte nou. Te simțeai ca într-o închisoare de maximă siguranță – ușile puteau fi deschise numai cu o cartelă de acces, iar dacă le lăsai deschise mai mult de un minut, suna o alarmă de-ți spărgea timpanele. Din fericire, de atunci încoace majoritatea alarmelor s-au stricat ori au fost sabotate, dar primele noastre câteva luni în noua clădire le-am petrecut în sunetul aproape constant al alarmelor – un fenomen ciudat pentru un spital plin de oameni bolnavi. Am intrat la terapie intensivă. De-a lungul pereților se vedeau formele pacienților inconștienți, ventilați mecanic și înconjurați de mașinării, cu o asistentă la fiecare pat.

Când am întrebat despre noua internare, asistentele de la biroul central mi-au arătat unul dintre paturi, și m-am îndreptat către el. Am fost luat prin surprindere de faptul că bietul sinucigaș era extraordinar de gras. Nu știu de ce nu mă așteptam ca un sinucigaș să fie gras, atât de gras încât de la picioarele patului nu-i puteam vedea deloc capul – ci numai marele dâmb palid al burții sale dezgolite, parțial acoperite cu un cearșaf curat și, dincolo de aceasta, monitoarele și mașinăria și perfuzoarele de la capul patului, cu ledurile roșii clipind și cu afișaje digitale. Un bărbat vârstnic stătea pe

un scaun lângă pat și s-a ridicat când m-a văzut. M-am prezentat și am dat mâna.

„Sunteți tatăl lui?“, am întrebat.

„Da“, a spus încet.

„Îmi pare foarte rău“, am spus, „dar nu-l putem ajuta cu nimic“. I-am explicat că fiul său va muri în următoarele 24 de ore. Bătrânul nu spunea nimic, doar dădea din cap. Aproape că nu avea nici o expresie pe față – era fie prea șocat, fie prea rupt de realitate, nu știu. Nu i-am văzut fața fiului și nu știu ce tragedie umană se afla în spatele grămezii patetice, muribunde care se afla pe patul de spital de lângă noi.

M-am dus acasă și am urcat scările către mansarda pe care o construisem cu un an în urmă, unde Kate stătea întinsă pe o canapea, convalescentă în urma unei recurențe deosebit de severe a bolii Crohn. Făcusem scările din stejar eu însumi și sablasem și lustruisem treptele, obținând o finisare perfectă. Discutaserăm necesitatea unei balustrade suplimentare, deoarece Kate alunecase pe scări și se umpluse rău de vânătăi, cu două seri înainte. Amândoi am fost întotdeauna puțin indiferenți în ceea ce privește cultura sănătății și siguranței care domină în măsură din ce în ce mai mare societatea noastră alergică la risc, dar hotărâserăm că balustrada era probabil o idee bună. Am pornit-o în jos pe scările de stejar făcute manual, fiecare treaptă și contratreaptă făcute cu grijă de mine, pentru a termina de plantat *viburnum* în grădina din spate. Pantofii cu tălpi noi mi-au alunecat pe stejarul prea lustruit, mi-am pierdut echilibrul, am auzit pârâitura oribilă, explozivă a piciorului când s-a rupt și laba piciorului dislocându-se și am căzut pe scări.

Deși fractura piciorului este într-adevăr foarte dureroasă, este totuși surprinzător de ușor de tolerat – în fond, se știe bine că soldații în luptă rareori simțeau o durere foarte mare dacă erau grav răniți –, durerea vine mai târziu. Ești prea ocupat cu găsirea unei soluții de salvare ca să te gândești la durere.

„Fir-ar al dracului! Mi-am rupt piciorul“, am urlat. Kate a crezut la început că glumeam, până când m-a găsit la baza scării, cu laba piciorului stâng răsucită într-un unghi improbabil. Am încercat să trag de picior cu mâinile ca să-l îndrept, dar aproape am leșinat de durere,

prin urmare Kate i-a chemat pe vecinii noștri, care m-au pus pe bancheta din spate a mașinii lor și m-au dus la urgență, chiar la spitalul în care lucram. Au găsit un scaun cu rotile și în curând mă aflam la o scurtă coadă, la recepția spitalului, unde lucrau două femei cu un aer fioros, stând în spatele a ceea ce părea a fi un geam antiglonț. Am stat acolo răbdător, scrâșnind din dinți, cu piciorul rupt întins în față. După puțin timp, mă aflam în fața uneia dintre asistentele de la recepție.

„Numele?“, a întrebat.

„Henry Marsh.“

„Data nașterii?“

„Cinci trei cincizeci. De fapt, sunt medicul specialist neurochirurg al acestui spital.“

„Religia?“, a întrebat în loc de răspuns, fără să clipească.

„Nu am“, am răspuns jignit, dar gândindu-mă că măcar spitalul meu era cu adevărat imparțial.

Interogatoriul a continuat un timp și apoi am fost salvat de una dintre surorile de la urgențe, care a stabilit prompt că laba piciorului era dislocată și era nevoie de reducție. Am fost foarte recunoscător pentru felul rapid în care s-a făcut acest lucru și, în plus, fără durere, mulțumită administrării intravenoase a unor doze de morfină și midazolam și Entonox. Ultimul lucru de care îmi aduc aminte, înainte ca medicamentele să mă facă să nu-mi mai dau seama de nimic din jurul meu, este cum încercam să o conving pe asistenta entuziastă să nu folosească foarfecele imense pe pantalonii mei nou-nouți, verzi, din catifea reiată.

Când am început să mă trezesc, într-o stare de zăpăceală fericită indusă de medicamente, și am reflectat cum ar fi fost să ți se reducă o fractură ca a mea în trecut, fără nici un fel de anestezic, l-am găsit pe colegul meu ortoped stând la capătul patului mobil. Îl sunasem pe mobil, de pe bancheta din spate a mașinii vecinilor, când eram în drum spre urgență.

„Este o fractură cu dislocare“, a spus. „Au redus-o foarte bine, dar va fi nevoie de o operație – fixare internă. Aș putea face asta mâine, la spitalul privat.“

„Am asigurare“, am spus. „Da, hai să facem așa.“

„Va trebui să chemăm o ambulanță privată“, a spus asistenta.

„Nu-ți face griji“, a spus colegul meu. „Îl duc chiar eu.“

Așa că am fost scos de la urgențe, cu piciorul stâng într-un ghips lung, și ajutat să urc în Mercedesul roșu, sport al colegului meu. În felul acesta am fost condus cu stil la spitalul privat, care se afla la cinci kilometri distanță, iar acolo fractura a fost remediată cum trebuie a doua zi. Colegul meu a insistat să mă țină în spital cinci zile, pe motiv că eram medic și nu aveam să-i ascult sfatul medical de a-mi odihni piciorul în primele câteva zile de la operație. Așa că am petrecut mare parte a săptămânii următoare în pat, cu piciorul atârnat în sus, privind prin fereastra camerei mele un stejar foarte frumos, citind P.G. Wodehouse și reflectând la felul în care multe dintre așa-numitele „reforme dictate de piață“ ale guvernului în ceea ce privește sistemul național de sănătate împingeau sistemul la o distanță și mai mare de ceea ce se întâmpla pe adevărata piață a sectorului privat, în care eram din nou pacient. Din când în când îi auzeam pe colegii mei cum mergeau să-și vadă pacienții în camerele învecinate cu a mea, cu vocile pline de amabilitate și încurajare politicoasă.

În dimineața externării, am coborât în zona de ambulatoriu ca să aștept să mi se schimbe ghipsul. Priveam numeroșii pacienți din ambulatoriu care veneau și plecau.

Colegii mei, îmbrăcați în costume elegante închise la culoare, ieșeau din când în când din cabinete pentru a invita înăuntru următorul pacient care aștepta să fie consultat. Unii dintre ei mă cunoșteau și păreau oarecum uimiți să mă vadă deghizat în pacient, cu halat și un picior în ghips. Majoritatea se opreau ca să mă compătimească și râdeau cu mine de ghinionul pe care îl avusesem. Unul dintre ei, un medic deosebit de pompos, s-a oprit o clipă și părea surprins.

„Fractură cu dislocare a gleznei stângi“, am spus.

„O, Doamne“, a spus cu o voce foarte afectată, ca și cum ar fi dezaprobat modul vulgar în care, permițându-i piciorului să se rupă, devenisem un simplu pacient, și s-a întors repede în cabinetul lui. Am fost chemat în sala de ghips, unde colegul meu ortoped mi-a scos vechiul pansament și a studiat atent cele două incizii, câte una pe

fiecare parte a gleznei. S-a declarat mulțumit și apoi, luându-mi piciorul în mâinile sale, a pansat din nou rănile și mi-a pus un nou ghips pe laba piciorului și pe gambă, fixându-l cu un bandaj elastic. M-am gândit la prăpastia uriașă care desparte acest fel de medicină de ceea ce practic eu ca neurochirurg.

„Știi, eu îmi ating foarte rar pacienții“, i-am spus. „În afară de momentul când îi operez, bineînțeles. Nu există decât anamneza și tomografia cerebrală și conversații lungi și deprimante. Nu e deloc ca aici. Aici e foarte plăcut.“

„Da, neurochirurgia este condamnare și întristare.“

„Dar triumfurile noastre ocazionale sunt cu atât mai mari cu cât rezultatul…“, am început să spun, înainte ca el să mă întrerupă din filosofat.

„În următoarele săptămâni, va trebui să ții piciorul ridicat în 95% din timp, pentru că se va umfla foarte tare.“

Mi-am luat rămas-bun de la el și, apucându-mi cârjele, am ieșit țopăind din încăpere.

Câteva săptămâni mai târziu am suferit o hemoragie vitroasă și o rupere de retină la celălalt ochi, dar a fost mai ușor de reparat decât a fost la ochiul stâng. M-am întors la lucru în câteva zile. Fusesem norocos în comparație cu pacienții mei și eram plin de acea recunoș-tință profundă și ușor irațională față de colegii mei, recunoștință pe care o au toți pacienții față de medicii lor atunci când lucrurile merg bine.

22. Astrocitom

subst. *tumoare a creierului formată din celule non-nervoase. Apar toate gradele de malignitate.*

După succesul operației de nevralgie de trigemen, Igor insista ca la următoarea deplasare în Ucraina să operez o serie de pacienți cu tumori cerebrale deosebit de complicate și care, m-a asigurat el, nu puteau fi tratate în siguranță în Ucraina de către colegii săi mai

vârstnici. Nu-i împărtășeam entuziasmul și i-am spus acest lucru, dar când am sosit la următoarea vizită, am găsit un șir lung de pacienți cu tumori cerebrale cât se poate de înfiorătoare, care așteptau să-i consult, pe culoarul ponosit din fața biroului său.

Consultațiile în ambulatoriu pe care le-am făcut de-a lungul timpului în biroul lui Igor au fost totdeauna evenimente bizare și total diferite de orice făcusem vreodată. Pe măsură ce faima lui Igor creștea, veneau la el pacienți din toată Ucraina pentru consultații. Nu exista un sistem de programări – pacienții apăreau oricând și păreau să accepte faptul că acest lucru ar putea presupune să aștepte întreaga zi pentru a fi consultați. Cu ocazia vizitelor mele, șirul de pacienți se întindea de-a lungul întregului coridor al spitalului din fața biroului său și dispărea din raza vizuală, după un colț îndepărtat.

Începeam de la opt dimineața și continuam până seara târziu, fără pauză. Deseori, în micul birou erau simultan mai mulți pacienți împreună cu familiile lor, unii îmbrăcați, alții dezbrăcați. Puteau fi prezenți și ziariști și echipe de televiziune care luau interviuri, mai ales când situația politică a lui Igor se dovedea problematică. Erau trei telefoane în cameră și majoritatea erau folosite în permanență. Rareori erau mai puțin de șapte sau opt persoane în același timp în încăpere. Tot acest haos mi se părea epuizant și iritant și la început am dat vina pe Igor pentru ce se întâmpla, spunându-i că ar trebui să stabilească un sistem de programare, dar mi-a spus că în Ucraina nimeni nu l-ar respecta și că era mai bine să lași oamenii să vină când doreau.

Igor îi cam brusca pe pacienți, deși uneori părea capabil de compasiune. Cum nu vorbesc rusa sau ucraineana, puteam doar să ghicesc ce se spunea înainte să-mi traducă Igor și am descoperit că adesea mă înșelam total. Pacienții își aduceau propriile tomografii cerebrale, făcute înainte, și, fără multă vorbă, eram întrebat dacă se putea interveni chirurgical sau nu. În medicina engleză ți se repetă mereu, de la bun început, că trebuie să-ți bazezi deciziile pe anamneză și pe examinarea pacientului și numai la sfârșit trebuie să te uiți la „investigațiile speciale“, ca, de exemplu ,cele cu raze X și tomografiile creierului. Aici, întregul proces era inversat și comprimat în câteva minute sau chiar secunde. Mă simțeam ca

împăratul Nero la întrecerile romane. Lucrurile erau și mai îngreunate de faptul că de obicei tomografiile erau de calitate proastă. Era greu să vezi clar ce se întâmpla și acest lucru făcea să-mi fie și mai greu să iau atât de multe decizii rapide de viață sau de moarte.

Cu ocazia acestei vizite, în vara anului 1998, a devenit clar că numeroșii dușmani ai lui Igor din sistemul medical puseseră presiune mare pe directorul spitalului care îl întâmpinase pe ambasadorul britanic în anul anterior. În dimineața primei consultații, am aflat că directorul îmi interzisese accesul în sălile de operație și, de asemenea, că nu avea să se întâlnească cu mine. De fapt, eram foarte ușurat – cazurile pe care le văzusem erau descurajante și eram speriat la gândul de a le opera în sălile de operație primitive.

Faptul că fusesem izgonit din sălile de operație a făcut senzație în presă, iar a doua zi erau în policlinică mai mulți jurnaliști și mai multe echipe de televiziune decât de obicei. Pe la orele târzii ale dimineții, în timp ce un reporter ucrainean îmi lua un interviu, iar eu încercam, simultan, să decid dacă tumoarea cerebrală a unui pacient era operabilă sau nu, șeful secției de chirurgie a spitalului a sosit și a ordonat ziariștilor și echipelor de filmare să părăsească spitalul. Purta o bonetă foarte înaltă și o pereche de ochelari supradimensionați care se asortau de minune cu ea, astfel că arăta reconfortant de absurd. Era greu să-l iei în serios. Am părăsit spitalul și am continuat interviul afară, cu spitalul în fundal.

O pacientă pe care tocmai o consultasem și convenisem – cu îndoieli considerabile – să o operez a fost și ea intervievată și întrebată ce părere avea de faptul că nu mi se va permite să o tratez. Ludmilla venise din sudul țării să fie consultată de un profesor renumit de neurochirurgie din Kiev. Devenise din ce în ce mai nesigură pe picioare în ultimele luni, iar o tomografie a creierului a evidențiat o tumoare foarte mare și foarte dificilă la baza creierului – un ependimom al ventriculului al patrulea, o tumoare benignă, dar adesea fatală. Nici nu se punea problema să fie operată în orașul său natal. A ajuns la timp la consultația programată, dar profesorul întârziase. Stagiarii acestuia s-au uitat la tomografia creierului.

„Dacă vrei să trăiești, pleacă înainte să se întoarcă profesorul“, a spus unul dintre ei. „Du-te și vezi-l pe Kurilets. Are contacte cu Occidentul și s-ar putea să te poată ajuta. Dacă te operează profesorul, mori.“ A plecat repede și, după câteva zile, am consultat-o în biroul lui Igor.

Am apărut amândoi la știrile televiziunii naționale de la ora nouă, în seara aceea.

„Ce anume dorești?“, o întreba jurnalistul pe Ludmilla.

„Doresc să trăiesc“, a răspuns ea liniștită.

Impulsul de a ajuta, de a planifica operații dificile și periculoase, de a-ți asuma riscuri calculate atent, de a salva vieți este cu atât mai irezistibil atunci când ai de-a face cu opoziție din partea unui profesor plin de sine. Când am întâlnit-o pe Ludmilla a doua zi, am simțit că nu aveam de ales: trebuia să-i spun că, dacă dorea, puteam aranja să vină la Londra și să o operez acolo. Deloc surprinzător, a fost de acord.

A doua zi am întâlnit-o pentru prima dată pe Tanya. Igor dorea să plecăm la spital pe la 6.30 dimineața, dar eu nu m-am putut trezi și, în momentul în care am pornit la drum, am înțeles imediat de ce Igor insistase să plecăm devreme – ora de vârf a dimineții la Kiev însemna că un drum de 30 de minute dura, în schimb, o oră și jumătate. Ne-am alăturat unei coloane nesfârșite de mașini și camioane, forme gri și greoaie în ceață, cu stopurile roșii care transformau gazul de eșapament în mici nori roz, mișcându-se ca melcul de-a lungul drumurilor late, enorme, către centrul Kievului. Drumurile sunt străjuite de panouri publicitare uriașe, care fac reclamă la țigări și la telefoane mobile, abia vizibile în ceață. Multe mașini o luau înaintea cozii, urcându-se pe trotuare și făcând slalom printre stâlpii de iluminat. Mașinile grele 4x4 părăseau complet drumul și goneau peste peticele noroioase de iarbă de pe marginea drumului, dacă asta le ajuta să ajungă în față.

Tania era către sfârșitul cozii de pacienți cu tumori cerebrale inoperabile. Avea 11 ani atunci. A intrat în biroul lui Igor, nesigură pe picioare, sprijinită de mama ei, ținând în mână o bucată de film radiologic zgâriat, în care se vedea o tumoare enormă la baza creierului, tumoare care probabil creștea de ani de zile. Era cea mai mare tumoare de acest gen pe care o văzusem vreodată. Mama ei,

Katia, o adusese tocmai de la Horodok, un oraș îndepărtat de lângă granița cu Polonia. Era un copil drăgălaș, cu grația stângace a unui mânz cu picioare lungi, tunsoare de paj și un zâmbet timid și pieziș – pieziș din cauza paraliziei parțiale a feței, cauzate de tumoare. Tumoarea fusese diagnosticată clar inoperabilă, atât la Moscova, cât și la Kiev, și era evident că avea s-o omoare, mai devreme sau mai târziu.

Tot așa cum este irezistibil să salvezi o viață, este și foarte greu să spui cuiva că nu-l poți salva, în special dacă pacientul respectiv este un copil bolnav, cu părinți disperați. Problema se amplifică dacă nu sunt sigur pe deplin. Sunt puțini cei din afara domeniului medical care își dau seama că ceea ce îi torturează pe doctori cel mai tare este nesiguranța, mai mult decât faptul că adesea au de-a face cu suferinzi sau muribunzi. Este destul de ușor să lași pe cineva să moară dacă ești sigur că nu poate fi salvat – dacă ești un medic decent, vei avea compasiune, dar situația e clară. Asta e viața și toți trebuie să murim, mai devreme sau mai târziu. Lucrurile devin însă foarte dificile atunci când nu știu sigur dacă pot ajuta sau nu, sau dacă ar trebui să ajut sau nu. Tumoarea Taniei era într-adevăr cea mai mare pe care o văzusem vreodată. Era aproape sigur benignă și, cel puțin teoretic, putea fi îndepărtată, dar nu mai încercasem să operez o tumoare atât de mare la un copil de vârsta ei și nici nu știam pe nimeni altcineva care să fi încercat. Doctorii se consolează adesea unii pe alții, când lucrurile iau o întorsătură proastă, că e ușor să fii înțelept în retrospectivă. Trebuia să o fi lăsat pe Tania în Ucraina. Ar fi trebuit să-i spun mamei ei să o ia înapoi la Horodok, dar, în schimb, eu am adus-o la Londra.

Mai târziu în cursul acelui an, am aranjat ca Tania și Ludmilla să vină la Londra și pregătisem o dubiță care să le aștepte la Heathrow și să le aducă cu rudele care le însoțeau până la intrarea în spitalul meu. Ce mândru și important m-am simțit când le-am întâmpinat acolo! Am făcut ambele operații împreună cu Richard Hatfield, coleg și prieten apropiat, care venise de multe ori cu mine în Ucraina.

Operația Ludmillei a durat opt ore și a fost un mare succes. Prima operație a Taniei a durat zece ore, iar a doua operație a durat 12 ore. Ambele operații au fost complicate de pierderi masive de sânge. La prima operație a pierdut de patru ori întregul volum de sânge

circulant, dar a ieșit teafără din asta, deși cu jumătate de tumoare încă acolo. Cea de-a doua operație – pentru a îndepărta restul de tumoare – nu a fost un succes. A suferit un atac sever. A trebuit să fie internată șase luni, înainte de a fi, mai mult sau mai puțin, suficient de bine pentru a se întoarce acasă, în Ucraina. Le-am condus cu mașina la Gatwick, pe ea și pe mama ei, cu ajutorul lui Gail și al soțului acesteia. Stăteam la poarta de plecări. Mama Taniei, Katia, și cu mine ne priveam în ochi unul pe altul – ea cu disperare, eu cu tristețe. Ne-am îmbrățișat, plângând amândoi. A început să împingă scaunul cu rotile al Taniei prin poartă, s-a întors la mine și m-a îmbrățișat încă o dată. Și așa au plecat – Katia împingând scaunul cu rotile în care stătea fiica ei mută și desfigurată, și doctorul ucrainean Dimitri, alături de ele. Katia înțelegea probabil mai bine decât mine ce avea să aducă viitorul.

Tania a murit la 18 luni de la întoarcerea ei acasă. Ar fi avut doar 12 ani. În locul unei singure operații excepționale, a sfârșit prin a suporta multe operații și au apărut complicații grave – „complicații“ fiind eufemismul medical atotcuprinzător pentru lucrurile care iau o întorsătură proastă. În loc de câteva săptămâni, a ajuns să petreacă șase luni în spitalul meu, șase luni oribile. Deși, până la urmă, a ajuns acasă, s-a întors mai handicapată decât atunci când plecase. Nu știu exact când a murit și am aflat acest lucru din întâmplare, de la Igor. I-am telefonat de la Londra, ca să discutăm un alt caz de tumoare cerebrală. Am întrebat în trecere, cu puțină neliniște, despre Tania.

„O, a murit“, a spus. Nu părea prea interesat. M-am gândit la toate prin câte au trecut Tania și Katia, la tot ce am suferit *cu toții,* în eforturile noastre dezastruoase de a salva viața Taniei. Eram supărat, dar engleza pe care o vorbește el este limitată și nu foarte corectă și poate ceva se pierduse prin traducere.

O văzusem ultima dată scurt, înaintea morții sale, după întoarcerea ei din Anglia, în cursul uneia dintre deplasările mele regulate la Kiev. Katia, mama ei, o adusese ca să o consult tocmai din orașul ei, Horodok. Putea merge doar dacă cineva o susținea, iar zâmbetul palid, pieziș îi revenise. În primele câteva luni de la operații, fața îi fusese complet paralizată. La început, nu numai că nu putea vorbi, dar avea o față ca o mască, încât părea că nu are nici un fel de

sentimente – chiar și cele mai intense emoții erau ascunse, doar câteodată o lacrimă i se rostogolea pe obrazul lipsit de expresie. Este trist cât de ușor poți să-i ignori pe cei cu obrazul vătămat sau desfigurat, să uiți că sentimentele din spatele fețelor ca niște măști nu sunt mai puțin intense decât propriile sentimente. Chiar și atunci, la un an după operație, tot nu putea vorbi și înghiți, deși acum putea respira fără un tub de traheostomie în gât. Katia fusese cu ea la Londra în toată această perioadă lungă de șase luni, iar când le-am condus la aeroportul Gatwick, Katia a jurat că-mi va da un cadou următoarea dată când aveam să ne întâlnim. Acum venise nu numai cu Tania, ci și cu o valiză mare. În ea era porcul familiei, care fusese tăiat în onoarea mea și transformat în zeci de cârnați lungi.

Câteva luni mai târziu, Tania a murit. Probabil murise din cauza unui șunt blocat. După cea de-a doua operație catastrofală a tumorii ei cerebrale, a trebuit să introduc un tub de drenare artificială în creier și e posibil ca acesta să se fi blocat, producând o creștere fatală a presiunii intracraniene. Trăind, așa cum trăia ea, la mare depărtare de tehnologia medicală modernă, ar fi fost imposibil să se rezolve această problemă. Nu voi ști niciodată cu siguranță ce s-a întâmplat cu adevărat. Și nici dacă am făcut bine să o dezrădăcinez din căminul ei din Ucraina săracă, rurală, atât de multe luni, și să o operez, așa cum am făcut-o. În primii ani după moartea Taniei, Katia îmi trimitea câte o felicitare de Crăciun – venind tocmai de la Horodok, nu ajungea la mine înainte de luna ianuarie. O așezam pe masa mea de lucru, în biroul meu fără ferestre din spitalul uriaș, ca o fabrică, unde lucrez. O lăsam acolo câteva săptămâni, o amintire tristă a Taniei, a ambiției chirurgicale și a eșecului meu.

La câțiva ani de la moartea Taniei, se făcea un film documentar despre munca mea în Ucraina și am sugerat ca acesta să includă și o vizită la Katia. Eu și echipa de filmare am fost transportați cu un microbuz de-a lungul celor patru sute de kilometri, de la Kiev la Horodok. Era o iarnă târzie și multe filmări se făcuseră în zăpadă adâncă și la temperaturi de – 17°C, dar pe măsură ce mergeam spre vest, zăpada dispărea și, deși toate râurile și lacurile pe lângă care treceam erau înghețate bocnă și vedeam adesea oameni pescuind prin

copcile tăiate cu fierăstrăul în gheață, se simțea o adiere de primăvară în aer. Doream foarte mult să o văd pe Katia din nou – în cursul celor șase luni cât ea și Tania fuseseră la Londra, ajunsesem să mă simt foarte apropiat de ele, deși nu vorbeam aceeași limbă. Mă simțeam și foarte neliniștit, pentru că nu puteam să mă împiedic să mă învinovățesc pentru moartea Taniei.

Horodok, la fel ca marea parte a Ucrainei rurale de vest, era sărăcit și depopulat. De la căderea Uniunii Sovietice, economia era în colaps și majoritatea tinerilor plecaseră. Vedeai fabrici de culoarea ruginii, părăsite, ca peste tot în Ucraina, și gunoaie și mașinării stricate, împrăștiate peste tot. Katia locuia într-o căsuță din cărămidă, cu o curte noroioasă – când am sosit, părea la fel de emoționată ca și mine, deși era evident foarte fericită să mă vadă. Am înaintat cu greu prin noroi și bălțoace pentru a ajunge la căsuță, unde ne aștepta o masă enormă. Ne-am așezat, împreună cu familia ei, în jurul mesei, iar echipa de filmare ne filma. Eram atât de profund mișcat să o văd pe Katia din nou, încât abia puteam vorbi și mi-a fost imposibil să mănânc, spre supărarea Katiei. Am reușit să îngăim un toast, în tradiția ucraineană de a propune toasturi cu votcă, însoțite de mici discursuri.

A doua zi ne-am dus să vizităm mormântul Taniei, în cimitirul local. Era la câțiva kilometri de casa Katiei, izolat, lângă o pădure. Drumul până acolo șerpuia printre pajiști rurale, mărginite de pomi desfrunziți, iernatici, trecând pe lângă sate dărâmate și neîngrijite, fiecare cu un lac mic, înghețat tun, de culoare albastru-gri, cu gâște și rațe pe marginea lui. Cimitirele ortodoxe sunt locuri minunate. Mormintele sunt împodobite cu zeci de flori artificiale, în culori vii, iar pietrele de mormânt au toate fotografii acoperite cu sticlă sau portrete ale decedatului, cioplite în piatră. Totul era în ordine perfectă și în puternic contrast cu casele în ruină din satele celor vii, pe lângă care trecusem în drumul către cimitir.

Mormântul Taniei avea o piatră funerară înaltă de un metru optzeci, din care apărea figura ei cioplită – ciudată, poate, pentru ochii occidentalilor, dar frumoasă. Soarele strălucea, florile artificiale sclipeau și tremurau în briza ușoară, iar în depărtare se auzeau puii de găină din sat. Zăpada se topise și doar puțină mai rămăsese,

apărând ca niște linii albe, în brazdele câmpului arat pe care îl traversaserăm ca să ajungem la cimitir. Peste tot se auzeau păsările cântând. În timp ce echipa de filmare își monta echipamentul, m-am plimbat prin cimitir, uitându-mă la pietrele funerare și la portretele de pe acestea. Majoritatea celor îngropați aici trăiseră cele mai groaznice vremuri – Războiul Civil din anii 1920, foametea din anii 1930 (deși în centrul Ucrainei trebuie să fi fost și mai rău), despotismul lui Stalin și ororile incredibile ale celui de-al Doilea Război Mondial. Cel puțin un sfert din populația Ucrainei a murit violent în secolul XX. Aș fi vrut să întreb aceste fețe ale morților ce făcuseră în cursul acelor ani și ce compromisuri trebuie să fi făcut pentru a supraviețui, dar mi se părea că îmi întorceau privirea ca și cum ar fi spus: „Noi suntem morți. Tu încă ești viu. Și ce faci *tu* cu timpul care ți-a rămas?“

Filmul despre Igor și despre mine a fost un mare succes. A fost proiectat peste tot în lume și a câștigat multe premii. Filmul se încheie cu imaginea mea în fața mormântului Taniei. Arătam trist nu numai din cauza morții Taniei, ci și pentru că, alături de mormântul ei și neștiut de orice privitor, era mormântul tatălui ei. Se dusese în Polonia, cu câteva luni în urmă, să câștige niște bani ca muncitor agricol, pentru că el și Katia erau înfiorător de săraci. A reușit să câștige o mie de dolari și se pregătea să pornească spre casă de Crăciun, când a fost găsit omorât. Banii dispăruseră. Am dorit să o văd pe Katia nu numai din cauza morții Taniei, ci și din cauza morții tatălui acesteia. Viața în Ucraina nu este ușoară.

23. Tirosin-kinază

subst. *enzimă care acționează ca buton de pornire/oprire în cadrul multor funcții celulare. Medicamentele pentru reducerea activității sale, cunoscute sub denumirea de inhibitori ai tirosin-kinazei sau TKI, sunt folosite în tratamentul multor forme de cancer.*

„Am întrunit cvorumul?“, a întrebat președintele. O numărătoare rapidă a celor prezenți a arătat că îl întruniserăm, așa că a început ședința.

După ce a făcut câteva glume scurte, președintele a trecut la ordinea de zi a ședinței.

„Avem reprezentanți ai pacienților, din cadrul Grupului de Susținere pentru tehnologia pe care o discutăm astăzi“, a spus, privind către trei bărbați vârstnici, cu părul alb, care stăteau pe o latură a pătratului de mese în jurul cărora stăteau cei din Comitetul de Evaluare a Tehnologiei. „Bine ați venit!“, a zis, cu un zâmbet încurajator. „Avem experții clinicieni“ – a arătat către doi bărbați cu aer grav, care stăteau lângă reprezentanții pacienților – „și avem reprezentanți ai companiei ale cărei medicamente pentru acest tip de cancer le analizăm“, a continuat, cu o voce ușor mai oficială, privind către doi bărbați cu aer anonim, în costume închise la culoare, care aveau în fața lor, pe podea, cutii mari cu dosare. Aceștia stăteau la un metru și ceva în spatele nostru, la distanță de mese.

„Domnul Marsh este șef de proiect și ne va vorbi despre probele referitoare la eficiența medicamentului, dar m-am gândit că am putea începe cu declarații din partea reprezentanților pacienților.“

Primul dintre cei trei bărbați vârstnici și-a dres vocea puțin emoționat și, cu o expresie tristă și resemnată, și-a prezentat declarația.

„Am fost diagnosticat cu cancer acum doi ani“, a început el, „iar în acest moment sunt în remisie. Mi s-a spus că în mod sigur va începe să crească, mai devreme sau mai târziu, și că singurul tratament posibil când se va întâmpla acest lucru va fi acest nou medicament, pe care îl analizați astăzi…“

În timp ce vorbea, comitetul asculta în liniște totală. Era greu să nu admiri curajul cu care vorbea unei adunări de străini în felul acesta. A continuat prin a explica faptul că înființase un grup de susținere pentru pacienți cu această boală anume.

„La început eram 36, dar acum am mai rămas doar 19. Doresc să vă rog să vă amintiți, atunci când analizați acest medicament“, a adăugat, cu o ușoară notă de disperare în timp ce încheia, „că viața e prețioasă, că fiecare zi contează…“

Al doilea vârstnic a povestit cum soția sa murise de cancer și ne-a vorbit despre suferința și chinul ultimelor ei luni. Cel de-al treilea bătrân a deschis servieta din fața sa și a scos un teanc de hârtii. Arăta foarte hotărât.

„După părerea mea, mă aflu aici“, a început, „datorită acestui medicament. Am fost pentru prima dată diagnosticat acum 12 ani – și, după cum știți cu toții, majoritatea mor din această cauză în mai puțin de cinci ani. Doctorii de aici nu au avut nimic să-mi ofere, așa că m-am informat despre boală și m-am dus în America și m-am înscris în diferite programe de testare a medicamentelor. Ultimul medicament a fost cel pe care îl discutați astăzi – am început să-l iau acum opt ani. Sistemul Național de Sănătate nu a vrut să mi-l dea. M-a costat trei sute de mii de lire, din banii mei, până acum. Domnilor…“ s-a uitat de jur împrejurul încăperii, la noi toți, „sper să nu mă considerați o aberație statistică“.

După o scurtă pauză, președintele s-a întors către mine. „Domnul Marsh ne va vorbi acum despre eficiența clinică a medicamentului în cauză.“ A împins laptopul din fața lui către mine.

Îmi oferisem voluntar serviciile Institutului Național de Excelență Clinică – NICE – cu doi ani în urmă. Văzusem un anunț într-una din revistele medicale, care spunea că se căuta un medic chirurg specialist, pentru a se alătura unuia dintre Comitetele de Evaluare Tehnologică NICE. Mă gândeam că termenul „tehnologie“ ar însemna lucruri interesante, ca, de exemplu, microscoape și instrumente chirurgicale, dar s-a dovedit, spre uimirea mea, să însemne medicamente. Singurul examen pe care l-am picat în prelungita mea carieră academică a fost farmacologia. Presa populară acuză adesea NICE că ar fi o organizație de birocrați insensibili – în America, politicienii de dreapta o numesc „comitetul morții“. Sunt acuzații total nefondate și, pe măsură ce mă familiarizez cu procesul prin care noile medicamente sunt evaluate de comisie și prin care se decide dacă sistemul național de sănătate ar trebui să le folosească sau nu, devin din ce în ce mai fascinat. O dată pe lună iau trenul spre Manchester, unde, la sediul NICE, are loc ședința. Aceasta durează o zi întreagă, iar membrii prezintă, pe rând, probele privind medicamentele analizate. De această dată era rândul meu.

Se proiectau slide-urile prezentării mele, unul câte unul, pe trei dintre cei patru pereți ai încăperii, în timp ce vorbeam. Erau niște slide-uri destul de insipide, litere albastre simple pe un fond alb, cu date și cifre și nume lungi, imposibil de pronunțat, ale medicamentelor chimioterapeutice, la care mă poticneam în timp ce citeam. Pregătisem slide-urile într-o viteză nebună, cu câteva zile înainte, cu ajutorul personalului NICE. Reuniunile sunt deschise publicului și nu se pot folosi nici un fel de glume sau poze descărcate de pe Google Images, cu care de obicei îmi împodobesc prelegerile medicale. Prezentarea mea a durat aproximativ zece minute.

„Concluzia“, am spus când terminam, „este că TKI funcționează în cazul acestui tip de cancer, în sensul că reduce semnificativ dimensiunea splinei pacientului, dar acesta este doar un rezultat surogat. Nu este clar din teste dacă pacienții trăiesc mai mult sau se bucură de o calitate mai bună a vieții. Mulți dintre pacienți nu au mai fost prezenți la evaluările ulterioare, iar datele privind calitatea vieții lipsesc în mare măsură“.

A urmat apoi o pauză de cafea de zece minute. S-a întâmplat să stau lângă președinte. I-am spus că fusesem în Ucraina cu două săptămâni în urmă și că mi se spusese că acolo testele medicamentelor sunt un bun mod de spălare de bani. Multe dintre spitale sunt implicate în teste pentru marile companii de medicamente și mi se spusese că același pacient poate fi inclus în mai multe teste diferite, pentru că doctorii sunt plătiți pentru fiecare pacient pe care îl înscriu. Dacă era adevărat, am spus, rezultatele nu au nici un sens. Președintele a preferat să nu comenteze.

Următoarea prezentare era făcută de un statistician din domeniul sănătății și se referea la raportul cost–eficiență al medicamentului – altfel spus, căuta să stabilească dacă beneficiile pentru pacienții care mureau de cancer merită costul medicamentului. A făcut prezentarea în modul ezitant caracteristic profesorilor universitari și s-a împotmolit și a ezitat în timp ce trecea prin slide-urile sale complexe. Prezentarea sa consta dintr-o serie de grafice și tabele și acronime, folosind diferite modele pe care economiștii din domeniul sănătății le creaseră în ultimii ani pentru a analiza acest aspect. Curând am pierdut firul și m-am uitat discret în jurul meu, încercând să ghicesc

dacă ceilalți membri ai comisiei înțelegeau această prezentare mai bine decât mine. Nu lăsau să se vadă nimic și priveau cu fețe lipsite de expresie ecranele de proiecție.

În acest tip de evaluare economică, viața în plus pe care pacientul poate sau nu poate să o obțină în urma administrării unui medicament e ajustată luându-se în calcul dacă timpul câștigat în plus este cumva de calitate proastă. Majoritatea pacienților care suferă de cancer pulmonar, de exemplu, vor avea o sănătate șubredă – respirând cu dificultate, scuipând sânge, având dureri, trăind cu frica morții. Dacă ar fi să mai trăiască un an (ceea ce este puțin probabil în cazul acelui tip de cancer, odată ce s-a răspândit) și dacă ar avea o stare de sănătate bună, acel an în plus ar primi valoarea de un an. Dacă ar avea o stare proastă de sănătate, valoarea respectivă ar fi redusă în mod corespunzător. Această valoare se numește „an de viață ajustat în funcție de calitate“ și se calculează folosind „utilități“. În teorie, aceasta presupune să-i întrebi pe pacienții muribunzi ce părere au despre calitatea vieții lor, dar s-a dovedit foarte greu de realizat în practică, pentru că adesea înseamnă să-i pui pe pacienții muribunzi față în față cu moartea lor iminentă. Nu e de mirare că acesta e un lucru pe care îl evită și doctorii, și pacienții. În schimb, persoanele sănătoase sunt rugate să-și imagineze că sunt pe moarte, că tușesc și scuipă sânge sau au dureri și apoi sunt întrebate cât cred ele că ar reduce acest lucru calitatea vieții lor. Răspunsurile lor sunt folosite pentru a calcula calitatea vieții suplimentare câștigate în urma folosirii noului medicament împotriva cancerului. Există mai multe feluri de a face acest lucru – unul se bazează pe o tehnică din teoria jocurilor, numită „jocul de noroc standard“. A fost inventată de marele matematician von Neumann, care – poate că merită subliniat – a recomandat, de asemenea, pe bazele teoriei jocurilor, o lovitură nucleară preventivă împotriva Uniunii Sovietice, în perioada Războiului Rece. S-ar putea conchide că jocul de noroc standard nu este neapărat cea mai bună bază pentru procesul decizional uman.

Gradul de incertitudine care înconjoară aceste calcule trebuie, de asemenea, măsurat, ceea ce complică și mai mult lucrurile. La sfârșit de tot se generează o cifră finală – Raportul incremental cost–eficiență –, care este reprezentat de costul unui an de viață

suplimentar, ajustat în funcție de calitate, pe care noul tratament îl oferă, în comparație cu cea mai bună alternativă curentă. Dacă acesta depășește 30 000 de lire sterline, NICE nu va aproba utilizarea medicamentului în sistemul național de sănătate, deși se fac uneori excepții pentru pacienții care suferă de forme rare de cancer. De fiecare dată când NICE refuză să aprobe un medicament, apare un inevitabil protest din partea grupurilor de pacienți și a companiilor farmaceutice. Pacienții care mor în urma unor diferite boli grave apar la știri la televiziune, acuzând sistemul național de sănătate și NICE de a-i fi abandonat. NICE este acuzat că e „comitetul morții".

Economistul din domeniul sănătății, care arăta mai curând ca un cal de povară inofensiv decât ca un sinistru membru al comitetului morții, avansa greoi de-a lungul slide-urilor complexe. Prezentarea sa părea să constea numai din acronime și trebuia să-l întreb mereu pe analistul prietenos care stătea lângă mine ce însemnau. Odată terminată prezentarea, președintele comisiei le-a cerut experților prezenți să-și spună opinia, iar membrii comisiei le-au pus apoi întrebări acestora.

„Cum putem judeca valoarea medicamentului, dacă testele nu ne spun cu adevărat care era starea pacienților, ci numai cât de mult au trăit?", am întrebat.

Era prezent la reuniune un profesor de oncologie, grav și cu barbă, ca martor expert.

„Dacă ne uităm la Declarațiile producătorului", a spus, vorbind atât de încet că de-abia puteam să-l aud, „vom vedea că datele privind calitatea vieții nu au fost colectate, deoarece clinicienii care desfășurau testele au considerat că așa ceva n-ar fi spre binele pacientului. Este o problemă standard în cazul testelor chimioterapiei pentru cancer – este greu să-i faci pe pacienții suferinzi să completeze formulare. Trebuie folosite în schimb utilitățile standard. Dar este unul dintre foarte puținii agenți chimioterapeutici pe care îi avem pentru acest tip de cancer care are foarte puține efecte secundare", a adăugat.

A vorbit într-un mod impresionant despre dificultățile presupuse de tratarea pacienților muribunzi și despre faptul că avea la îndemână atât de puține tratamente eficiente.

„Am dori foarte mult să avem posibilitatea de a alege să folosim acest medicament“, a spus în concluzie.

„Cu orice preț?“, a întrebat președintele, dând lovitura de grație. Expertul nu a avut nici un fel de răspuns la această întrebare teribilă. După ce s-a încheiat discuția, reprezentanții pacienților, experții și observatorii externi au fost conduși afară din încăpere, și a început cea de-a doua parte a reuniunii – cea în care se hotăra, dar cu ușile închise, dacă să se permită sistemului național de sănătate să folosească medicamentul sau nu.

„Nu cumva“, am vrut să le spun economiștilor inflexibili din domeniul sănătății și medicilor din sistemul public care erau prezenți, dar nu am îndrăznit, „adevărata utilitate a medicamentului este să se dea speranță pacienților în fază terminală? Speranța că ar putea fi excepții statistice și ar putea trăi mai mult decât media? Cum măsori utilitatea speranței?“

Aș fi putut ține o prelegere pasionată pe acest subiect. Îmi petrecusem mult timp vorbind cu oameni a căror viață se apropia de sfârșit. Oamenii sănătoși, inclusiv eu, nu înțeleg cum se schimbă totul odată ce ai fost diagnosticat cu o boală fatală. Cum te agăți de speranță, indiferent cât ar fi de falsă, de mică, și cum șovăie majoritatea doctorilor să priveze pacienții de acea fragilă rază de lumină dintr-un întuneric atât de mare. Într-adevăr, multe persoane dezvoltă ceea ce psihiatrii numesc „disociere“, iar un medic se poate trezi vorbind cu două persoane – știu că mor și totuși speră că vor trăi. Am observat același fenomen în cazul mamei mele, în ultimele câteva zile de viață. Când te confrunți cu oameni care mor, nu mai ai de-a face cu acei consumatori raționali pe care îi iau în calcul cei care construiesc modele economice, dacă acei consumatori or fi existat vreodată.

Speranța este dincolo de orice preț, iar companiile farmaceutice, care sunt conduse de oameni de afaceri, nu de altruiști, stabilesc prețul produselor în mod corespunzător.

Scopul admirabil al evaluării tehnologice efectuate de NICE (care reprezintă numai o parte a activității NICE) este să încerce să ofere o forță care să contracareze politicile de preț ale companiilor farmaceutice. Metodologia folosită pentru medicamentul în cauză era

nerealistă, frizând absurdul, și mă întrebam câți dintre cei care stăteau în jurul meselor acelora înțelegeau dificultățile și amăgirile pe care le presupunea tratarea pacienților care sunt pe moarte; valoarea adevărată a unui medicament ca acesta este speranța, nu probabilitatea statistică de a trăi, poate cu dureri mari, în medie aproximativ cinci luni în plus.

Mi-am păstrat îndoielile pentru mine, fiindcă sunt ferm convins că trebuie să ne opunem politicilor de stabilire a prețurilor aplicate de marile companii farmaceutice, iar costurile sistemului de sănătate, ca și gazele de seră, trebuie limitate. Discuția abstractă continua.

„Dar MS nici măcar nu presupune un ASP!“, spunea un tânăr economist din domeniul sănătății, cu profundă indignare. „Și dacă vreți părerea mea, ar trebui să aruncăm această aplicație…“

„Nu cumva e vorba despre Antigenul Specific Prostatei?“, l-am întrebat pe vecinul meu, incapabil să mă abțin de la a face o glumă tâmpită.

„Nu“, a spus. „Analiza Sensibilității Probabilistice.“

„Mă rog, am oarecare probleme cu ASP-urile“, a spus președintele, „dar presupunerile privind curba *haq* sunt importante, iar cel mai scăzut *icer* posibil este 150 000 de lire sterline, așa că chiar dacă se aplică SV, acest medicament nu are cum să treacă. La un cost de 40 000 de lire sterline pe an pentru tratamentul unui pacient, nu există nici o șansă să fie eficient din punctul de vedere al costului“.

Acesta din urmă, cel puțin, era un acronim pe care îl știam – Sfârșitul Vieții era un compromis pe care NICE fusese recent obligat să-l facă pentru a permite folosirea de medicamente scumpe în cadrul unor grupuri mici de pacienți care se stingeau din cauza unor forme rare de cancer.

Discuția continua la nesfârșit. Jumătate dintre colegii mei membri ai comitetului vorbeau și argumentau, cu pasiune și siguranță, în limbajul cabalistic al analizei eficienței costului, în timp ce jumătatea cealaltă dădea din cap cu înțelepciune.

Oare chiar înțelegeau toate lucrurile acestea? Mi-era rușine de ignoranța mea.

În cele din urmă, președintele s-a uitat de jur împrejur, la membrii comitetului.

„Cred că avem un «Nu» în urma unei dezbateri serioase, nu-i așa?“, a spus.

Aceasta înseamnă că recomandarea comisiei va merge mai departe, în vederea consultării, și toate părțile interesate – grupuri de pacienți, producători, clinicieni – pot critica și comenta înainte de a se ajunge la o concluzie finală. NICE se dă peste cap ca să fie transparent și să implice toate „părțile interesate“ în deliberările sale și în modul în care este portretizat în media. Pe lângă asta, este foarte posibil ca respectiva companie farmaceutică producătoare a medicamentului să reducă prețul.

În după-amiaza aceea am luat trenul înapoi către Londra și am sosit la Euston la șapte seara. Am mers pe jos cei trei kilometri până la Waterloo, prin seara întunecoasă de ianuarie, și, împreună cu sute de navetiști, am traversat podul de deasupra râului negru ca petrolul; orașul de pe ambele părți ale acestuia arăta minunat datorită milioanelor de lumini electrice licărind în noapte, deasupra acoperișurilor îmbrăcate în zăpadă. Era plăcut să scap, chiar și pentru câteva ore, de lumea bolii și a morții în care îmi petreceam o parte atât de mare din viață.

24. Oligodendrogliom

subst. *tumoare a sistemului nervos central.*

Era duminică seara, iar pe lista operațiilor pentru a doua zi erau trei pacienți cu tumori cerebrale: o femeie de vârsta mea cu un meningiom care creștea încet, un medic tânăr cu un oligodendrogliom pe care îl operasem deja cu câțiva ani în urmă și care acum creștea la loc – și care, știam amândoi, în cele din urmă avea să-i fie fatal – și o internare de urgență, pe care nu o văzusem încă. Mi-am dus bicicleta la intrarea în subsolul spitalului, lângă lăzile de gunoi, unde veneau uneori asistentele să fumeze. Broasca ușii pare să fie permanent stricată, așa că pot să intru în clădire și să-mi urc bicicleta, cu liftul de serviciu, până în spatele blocului operator, unde

o las și merg să-mi văd pacienții. Am mers întâi la salonul de femei, să o văd pe pacienta cu meningiom. M-am întâlnit cu una dintre asistentele principale – care îmi era prietenă de mulți ani – care venea spre mine pe coridor. Era îmbrăcată cu paltonul și probabil își terminase tura. Aproape că plângea.

I-am întins mâna.

„O, nu știu ce e de făcut“, mi-a zis. „Avem o lipsă de personal atât de mare săptămâna aceasta, iar tot ce putem obține pentru noapte sunt asistente de la agenție, care sunt mai mult decât inutile. Și ziarele sunt pline de aceste povești despre îngrijirea proastă oferită de asistente… dar ce putem face noi?“

M-am uitat la panoul alb de pe peretele de lângă camera asistentelor, pe care sunt trecuți toți pacienții de pe secție. Pacienții sunt mutați atât de des dintr-un loc în altul din cauza lipsei de paturi, încât panoul este rareori actualizat și adesea e foarte complicat să găsești un pacient. Nu vedeam numele pacientei mele pe listă. Lângă recepție era un grup de asistente care râdeau și strigau și, după câte îmi puteam da seama, discuția lor nu avea nici o legătură cu pacienții.

„Unde este doamna Cowdrey, pacienta de pe lista pentru mâine?“, am întrebat.

Una dintre asistentele de la agenție mi-a aruncat o privire scurtă și apoi a scos din buzunar o foaie de hârtie tipărită pe care erau trecuți toți pacienții. S-a uitat nesigură la foaie, a ridicat din umeri și a mormăit ceva.

„Cine e șefa de tură?“, am întrebat.

„Chris.“

„Unde e?“

„E în pauză.“

„Ai vreo idee unde ar putea fi doamna Cowdrey?“

„Nu“, a spus ridicând din umeri.

Așa că am luat-o pe coridor către salonul de bărbați, ce are câteva rezerve în care sunt ocazional plasate și paciente.

Am găsit un asistent pe care, spre ușurarea mea, l-am recunoscut – unul dintre mulții asistenți filipinezi din departament, ale căror abilități de îngrijire prietenoasă și blândă nu pot fi îndeajuns de apreciate.

„A! Gilbert“, am spus, bucuros să găsesc pe cineva cunoscut. La tine e femeia cu meningiomul pentru mâine?“

„Îmi pare rău, domnule Marsh, nu. Numai cei doi bărbați. Poate ar trebui să încercați la secția Kent?“

Așa că am luat-o pe scări în sus către Kent, secția de neurologie.

Din motive cunoscute numai de ei, managerii au reorganizat recent alocarea paturilor noastre, transformând jumătate din secția de neurologie pentru femei într-o secție pentru pacienții cu atac neurologic, și au relocat pacienții mutați de la neurochirurgie în secția de neurologie de la următorul etaj. Așa că mi-am târât picioarele în sus pe scări, către secția de neurologie. Intrarea era încuiată și am constatat că-mi uitasem cardul de acces acasă, așa că am sunat la soneria de lângă ușă. A trebuit să aștept multe minute până să bâzâie broasca și să pot împinge ușa ca s-o deschid. Am intrat pe coridorul cu pereți galbeni, care avea pe o parte saloane pentru pacienți, fiecare cu câte șase paturi, îndesate aproape unul de celălalt, ca vitele într-un grajd.

„Ai vreunul dintre pacienții mei programați pentru operație mâine?“, am spus cu speranță unui asistent înalt, care stătea la recepție.

S-a uitat întrebător la mine.

„Sunt domnul Marsh, specialistul neurochirurg“, am spus, iritat de a nu fi recunoscut în propriul spital.

„Bernadette știe. Este cu o pacientă la duș“, a răspuns plictisit.

Așa că am așteptat până când Bernadette, purtând o pereche de cizme albe mari și un șorț de plastic, a apărut din baie, conducând o femeie în vârstă și încovoiată, care mergea cu cadrul.

„A, domnul Marsh!“, a spus zâmbind. „Ați pornit ca de obicei în căutarea pacienților dumneavoastră? Nu avem nici unul aici astă-seară.“

„Asta chiar mă scoate din minți“, am spus. „Nici nu știu de ce mă stresez. Mi-a luat 20 de minute ca să nu găsesc un pacient. Poate nici nu vine astă-seară, până la urmă.“

Bernadette mi-a zâmbit înțelegătoare.

L-am găsit pe cel de-al doilea pacient – tânărul doctor – stând la una dintre mesele de afară, de pe balconul dintre secțiile de femei și de

bărbați, lucrând pe laptop.

Planurile originale pentru această aripă a spitalului – construită cu zece ani în urmă – fuseseră pentru o clădire mai mare decât cea care a fost până la urmă construită. A fost construită în cadrul Inițiativei Financiare Private (IFP) susținute de guvernul de la vremea respectivă și, ca în cazul majorității planurilor IFP, arhitectura clădirii era urâtă și lipsită de originalitate. Nici ieftin nu a fost, pentru că IFP s-a dovedit a fi un mod foarte costisitor de a construi clădiri publice de mâna a doua. Unii consideră IFP o crimă economică, deși nimeni nu poate fi tras la răspundere pentru aceasta. Acum este clar că IFP făcea parte din aceeași cultură obsedată de datorii care ne-a adus obligațiuni garantate prin creanțe și asigurarea contra încetării plății la credite și toate celelalte acronime necinstite și produse financiare derivate care ne-au condus pe noi (deși nu și pe bancheri) în pragul ruinei.

S-a renunțat la diferite părți ale proiectului, dar au rezultat niște balcoane mari și neobișnuite în afara secțiilor. Conducerea spitalului nu a văzut aceasta ca pe o oportunitate de a îmbunătăți experiența pacienților în spital, ci a considerat că reprezintă un risc de suicid. Pacienților și angajaților li s-a interzis accesul la balcoane, iar ușile de sticlă care dădeau spre ele erau ținute încuiate. Mi-au trebuit mulți ani în care am dus muncă de lămurire și a fost nevoie de sume mari de bani din fondurile de caritate (care apoi au mers la compania privată care a construit și care deține clădirea) pentru a face ca o mică zonă a balcoanelor să nu mai prezinte „risc de suicid“ prin ridicarea unor parapeți de sticlă. Am putut apoi să transform zona închisă într-o grădină pe acoperiș. S-a dovedit extrem de populară, atât în rândul angajaților, cât și în cel al pacienților, iar în weekend-urile de vară, dacă vremea era bună, aveai priveliștea fericită a paturilor din saloane aproape toate goale, în timp ce pacienții și familiile lor erau afară, pe balcon, înconjurați de plante verzi și de pomișori, sub umbrele mari.

Pacientul în cauză era chirurg oftalmolog și avea patruzeci și ceva de ani. Un bărbat amabil, manierat – cum sunt, în general, chirurgii oftalmologi –, arăta mai tânăr decât era și știam că avea trei copii mici. Lucra în nord, dar preferase să fie tratat în altă parte, nu în

propriul spital. Cu cinci ani în urmă suferise un singur episod epileptic, iar pe tomografie s-a văzut o tumoare crescându-i în creier, la spate, în dreapta. L-am operat și am îndepărtat mare parte a tumorii, dar analiza a arătat că era vorba de un tip care, în cele din urmă, va crește înapoi, în formă malignă. Știa că tumoarea avea să reapară, dar amândoi am sperat că va dura mai mult de cinci ani până atunci. A făcut radioterapie după prima operație și s-a simțit perfect, dar o tomografie ulterioară de rutină a arătat acum că tumoarea creștea la loc și că de data aceasta părea a fi malignă. Încă o operație avea să-i mai ofere ceva timp, dar era puțin probabil să fie mai mult de cinci ani.

M-am așezat lângă el. A ridicat ochii din laptop.

„Și o luăm de la capăt“, a spus cu un zâmbet trist.

„Mă rog, este doar o mică recurență“, am spus.

„Știu că nu se poate vindeca“, a spus cu amărăciune, „dar o să scoateți cât de mult puteți, nu-i așa? Chestia asta“, și a făcut semn cu brațul înspre cap, „care mă termină încet“.

„Da, bineînțeles“, am răspuns, dându-i să semneze formularul de consimțământ – ca toți pacienții, abia dacă i-a aruncat o privire și, cu un pix, și-a mâzgălit numele unde i-am arătat. Venise să mă vadă la policlinică în urmă cu câteva săptămâni și discutaserăm detaliile operației. Amândoi știam ce-l aștepta și nu mai era nimic de spus. Doctorii se poartă între ei cu o anume compasiune macabră. Regulile obișnuite ale detașării și superiorității profesionale au dispărut, iar adevărul dureros nu poate fi ascuns. Când doctorii devin pacienți, știu că medicii, colegii lor care îi tratează, sunt falibili și nu-și pot face iluzii – dacă boala este letală – în legătură cu ceea ce îi așteaptă. Ei știu că se pot întâmpla oricând lucruri rele și că nu apar niciodată miracole.

Nici măcar nu pot să-mi imaginez ce aș crede sau simți dacă aș ști că o tumoare malignă începe să-mi distrugă creierul.

„Ești primul pe listă mâine“, i-am spus, în timp ce-mi împingeam scaunul la o parte și mă ridicam în picioare. „Opt jumătate fix.“

Cu trei zile în urmă, stagiarii internaseră un alcoolic de vreo 40 de ani, care fusese găsit căzut pe jos, acasă la el, cu partea stângă a

corpului paralizată. Discutaserăm cazul lui la ședința de dimineață, în acei termeni ușor sardonici pe care-i folosesc adesea chirurgii când vorbesc despre alcoolici și drogați. Acest lucru nu înseamnă în mod necesar că nu ne pasă de acești pacienți, dar pentru că e ușor să-i vezi ca fiind agenții propriei nenorociri, putem scăpa de povara de a simți compasiune pentru ei.

Tomografia creierului arătase un glioblastom hemoragic.

„Să vedem dacă i se ameliorează starea cu steroizi și putem aștepta să vedem dacă apare vreo rudă sau vreun prieten“, am declarat.

„Soția l-a dat afară din căminul conjugal cu ceva timp în urmă“, a spus rezidentul care prezenta cazul. „Din cauza băuturii.“

„Își bătea nevasta?“, a întrebat cineva.

„Nu știu.“

L-am găsit lățit pe pat, paralizia fiind puțin ameliorată în urma administrării de steroizi. Era cu câțiva ani mai tânăr decât mine, supraponderal, cu o față roșie și păr lung și cărunt. A trebuit să fac un efort pentru a mă hotărî să stau pe pat lângă el. Nu-mi făcea nici o plăcere conversația pe care urma să o avem. E mai ușor să stai în picioare, lângă pat, privind pacientul de la înălțime, și să pleci cât se poate de repede.

„Domnule Mayhew“, am spus, „sunt Henry Marsh, medicul specialist principal. Ce vi s-a spus până acum despre motivul pentru care vă aflați aici?“

„Mi s-au spus cinci lucruri diferite“, a spus disperat. „Nu știu…“ Vocea îi era neclară, din cauza paraliziei, iar partea stângă a feței lui atârna pieziș.

„Bun, ce ați înțeles?“

„Am o tumoare la cap.“

„Da, mă tem că e adevărat.“

„E cancer?“

Acesta este întotdeauna un punct critic al conversațiilor. Trebuie să decid dacă să mă angajez într-o discuție lungă și dureroasă, sau să vorbesc ambiguu, cu eufemisme și termeni tehnici obscuri, și să plec repede, neatins și necontaminat de suferința și boala pacientului.

„Mă tem că probabil e vorba de cancer“, am răspuns.

„Am să mor?“, mi-a strigat, cuprins de o panică din ce în ce mai mare. „Cât timp mai am?“ A început să plângă.

„Poate v-au mai rămas 12 luni…“, mi-a ieșit pe gură și am regretat instantaneu ce spusesem, alarmat de lipsa lui de stăpânire. Îmi era foarte greu să-l consolez pe acest bărbat gras, alcoolic și patetic, care se confrunta brusc cu moartea iminentă. Îmi dădeam seama că eram atât stângaci, cât și deplasat.

„Am să mor în 12 luni!“

„Mă rog, am spus, *este posibil*. Există o oarecare speranță…“

„Dar dumneavoastră știți ce este, nu-i așa? Sunteți medicul specialist, nu-i așa? Am să mor!“

„Mă rog, sunt 90% sigur. Dar noi…“, am spus, trecând la forma de plural, atât de dragă polițiștilor, birocraților și medicilor, care ne absolvă de răspundere personală și ne eliberează de povara îngrozitoare a persoanei întâi singular, „noi am putea ajuta cu operația“.

Plângea întruna.

„Aveți rude?“, am întrebat, deși cunoșteam deja răspunsul.

„Sunt complet singur“, a răspuns, printre lacrimi.

„Copii?“

„Da.“

„Nu vor să vină să vă vadă – nici acum, când sunteți bolnav?“, am întrebat și, încă o dată, am regretat imediat.

„Nu.“ A izbucnit în hohote de plâns. L-am așteptat să se oprească și, o vreme, am tăcut amândoi.

„Deci sunteți complet singur?“, am spus.

„Da“, a spus. „Lucram într-un spital, știți. O să mor acolo, nu-i așa? Plin de urină și rahat… Nu vreau decât o țigară. Tocmai mi-ați spus că o să mor. Vreau o țigară.“ În timp ce spunea asta, mima disperat fumatul unei țigări, cu mâna cea bună, ca și cum viața lui ar fi depins de acest lucru.

„Va trebui să le cereți asistentelor – nimeni nu are voie să fumeze nicăieri în spital“, am răspuns. Mă gândeam la toate afișele cu „Fumatul interzis“ din spital și la posterele uriașe care te întâmpină la sosirea la porțile spitalului, pe care scrie cu negru și roșu brutal: „STINGE ȚIGARA!“

„Am să merg să vorbesc cu asistentele“, am spus.

M-am dus să caut o asistentă înțelegătoare dintre angajatele spitalului.

„Tocmai i-am spus bietului domn Mayhew că va muri“, i-am zis asistentei, în chip de scuză. „Vrea neapărat o țigară. Îl poți ajuta?“

A dat din cap, fără o vorbă.

Când am plecat mai târziu din secție, am văzut, în timp ce mergeam pe coridor, două dintre asistente ridicându-l și așezându-l într-un scaun cu rotile. Urla, în timp ce-l ridicau din pat.

„Tocmai mi-a spus că o să mor! O să mor… Nu vreau să mor.“

Trebuie să existe un loc secret în spital, unde pot fi duși în scaunul cu rotile, pacienții paralizați ca să fumeze. Am fost bucuros să văd că asistentele nu fuseseră făcute să-și piardă încă total simțul comun și bunătatea.

Acum trei ani, am construit o extensie a acoperișului în podul casei. Am montat lucarne în pantă și glasvanduri care dădeau într-un balconaș închis, decupat din spațiul acoperișului din spatele casei și, în jurul acestuia, am construit un parapet scurt. E loc pentru un singur scaun și câteva ghivece cu flori, și îmi place să stau acolo în serile de vară, când mă întorc acasă de la muncă. Așa că m-am așezat acolo după ce m-am întors de la spital, cu un gin tonic, cu priveliștea, tipică în sudul Londrei, a coșurilor de fum și a acoperișurilor cu țigle și a câtorva coroane de pomi etalându-se în fața ochilor mei până departe. Vedeam păsările din grădină zburând repede, în lumina care se estompa, printre pomii din grădinile de sub mine și cei trei stupi ai mei din fața atelierului. Mă gândeam la pacienții mei. Mă gândeam la colegul meu și la bărbatul căruia tocmai îi citisem condamnarea la moarte. M-am gândit cum a înțeles imediat că nu se va mai întoarce niciodată acasă, că familia lui de care se îndepărtase nu-l va vizita niciodată, că va muri îngrijit de străini, într-un loc impersonal. M-am gândit cum plecasem – dar ce altceva aș fi putut face? În timp ce soarele apunea, auzeam o mierlă de pe acoperișul vecin cântând înfocată.

Cele trei operații, pe care le-am făcut a doua zi, au fost simple și clare. S-a dovedit că femeia cu meningiom fusese, până la urmă, într-

unul dintre celelalte saloane duminică seara.

Câteva zile mai târziu, după ce-l operasem pe alcoolicul domn Mayhew și după ce a fost externat din secția mea, l-am văzut de la distanță în timp ce intram în spital. O asistentă împingea scaunul cu rotile în care se afla în direcția cafenelei spitalului. Mi-a făcut semn cu mâna cea bună și era greu să-mi dau seama dacă mă saluta sau își lua adio de la mine. Nu l-am mai văzut de atunci.

25. Anesthesia dolorosa

subst. *durere severă spontană, ce apare într-o zonă anesteziată.*

Era în vara în care îmi rupsesem piciorul, căzând pe scări. Fusese un val de căldură, care se încheiase cu o furtună cu tunete și fulgere, dimineața devreme. Stăteam întins fericit în pat, ascultând bubuitul tunetelor deasupra orașului tăcut. Ghipsul îmi fusese scos cu o zi înainte și înlocuit cu o gheată mare, gonflabilă, din plastic și Velcro, care arăta ca și cum ar fi aparținut unui soldat imperial din *Războiul Stelelor*. Era foarte incomodă, dar cel puțin puteam merge din nou și o scoteam noaptea. Era o senzație ciudată să mă reîntâlnesc cu piciorul meu și să-l văd din nou, după șase săptămâni de absență, încapsulat cum fusese într-o formă de fibră de sticlă. Mi-am atins piciorul și l-am masat, stând întins în pat și ascultând ploaia care cădea puternic, și încercam să mă împrietenesc din nou cu el. Era țeapăn, vânăt și umflat, aproape de nerecunoscut, și aveam senzația că, în mod ciudat, era detașat de mine. Cercetările neuroștiințifice recente au arătat că, în termen de numai câteva zile de la momentul în care ai pierdut sau ți s-a imobilizat un membru, creierul începe să creeze conexiuni noi, alte zone ale creierului preluând zona redundantă responsabilă cu membrul pierdut sau imobilizat. Ușorul meu sentiment de înstrăinare de propriul picior era aproape sigur un aspect al acestui fenomen – fenomenul de „neuroplasticitate“, prin care creierul se schimbă permanent.

După o lună, am putut să încep a merge din nou cu bicicleta la lucru, etalându-mi cu mândrie în trafic cizma de soldat intergalactic. Prima zi în care m-am întors la lucru a fost o joi, ziua mea de consultații în ambulatoriu, așa că după ședința de dimineață aveam să fiu în policlinică.

Din nou, stagiarii de la ședința de dimineață erau noi și nu am recunoscut pe nimeni. Unul dintre ei a prezentat primul caz.

„A fost o singură internare azi-noapte“, a spus, uitându-se la ecranul radiologic. „Nimic foarte interesant“, a adăugat, tolănindu-se înapoi în scaun, cu spatele întors la noi, încercând să pară imperturbabil, dar arătând în schimb ca un puști stângaci.

„Să nu spui niciodată asta!“, i-am zis. „Cine ești, apropo? Și ce vrei să te faci când o să fii mare?“ – o întrebare standard pe care le-o pun tuturor doctorilor noi.

„Chirurg ortoped“, mi-a spus.

„Stai drept și privește-ne în ochi când vorbești“, am spus. I-am spus că progresul carierei sale medicale avea să depindă, în mare măsură, de modul în care se prezenta și în care își prezenta cazurile la ședințe ca aceasta.

M-am întors către rezidenți și i-am întrebat dacă erau de acord, iar ei au râs confirmând politicos. I-am spus stagiarului dojenit să ne vorbească despre pacientul internat în timpul nopții.

S-a întors puțin rușinat, ca să fie cu fața la noi.

„Este o femeie de 72 de ani, care a căzut în casă.“ În timp ce vorbea, butona la tastatura din fața lui și pe perete a început să apară o tomografie a creierului.

„Oprește-te!“, am spus. Hai să auzim mai mult despre istoricul ei, înainte de a privi tomografia. Cunoaștem istoricul ei medical, era în formă și independentă pentru vârsta ei? În ce mod a căzut?“

„Se pare că locuia singură și se autoîngrijea și autodeplasa.“

„Și se autocurăța, ca un cuptor? Se șterge singură la fund? Haide, vorbește ca omul, nu ca un manager. Încerci să ne spui că își poartă singură de grijă și că poate merge fără să aibă nevoie de sprijin?

„Da“, a răspuns.

„Deci ce s-a întâmplat?“

„Fiica ei a găsit-o pe jos, când s-a dus s-o vadă. Nu e clar de cât timp căzuse.“

„Deci care este diagnosticul diferențial pentru prăbușire la bătrâni?“

Noul stagiar a înșirat o listă lungă de cauze și afecțiuni.

„Și ce scor Glasgow a avut?“

„Cinci.“

„Nu folosi cifre! N-au nici un sens. Ce făcea de fapt?

„Nu deschidea ochii la durere, nu scotea sunete și nu se îndoia.“

„Așa da“, am spus aprobator. „Îmi pot da seama acum cum era. Avea un deficit neurologic când ai văzut-o aseară, la internare?“

Arăta jenat.

„N-am verificat.“

„Atunci cum ai știut ce scor Glasgow avea?“, am întrebat.

„Așa au spus medicii de la spitalul local…“ Vocea lui a devenit inaudibilă din cauza jenei.

„Ar fi trebuit să o examinezi tu însuți. Dar“, am adăugat, simțind nevoia să-i arăt și morcovul, după ce i-am arătat bățul, „ești aici ca să înveți“.

M-am întors către rezidenți, cărora le făcea plăcere ritualul de predare prin tachinarea noului stagiar.

„Cine a fost de gardă azi-noapte?“

David, unul dintre rezidenții care se apropiau de sfârșitul celui de-al șaselea an de specializare, a strigat că fusese de gardă la urgențe.

„Avea hemiplegie pe partea dreaptă“, a spus. „Și gâtul îi era puțin țeapăn.“

„Care sunt celelalte posibile semne la examinare, în cazul în care avusese hemoragie subarahnoidiană?“

„Pot avea hemoragie subhialoidă în ochi.“

„Și avea?“

„Nu m-am uitat. Oftalmoscopul secției nu mai există de o veșnicie…“

Tomografia creierului femeii a apărut brusc în fața noastră.

„Dumnezeule mare!“, am spus, privind-o. „De ce naiba ai primit-o? Este o sângerare masivă în emisfera dominantă, are 72 de ani, e în comă – n-o vom trata niciodată, nu-i așa?“

„Știți, domnule Marsh“, a răspuns David, scuzându-se oarecum, „spitalul care a trimis-o la noi a spus că are 62. A fost lector universitar. Foarte deșteaptă, a spus fiica“.

„Nu va mai fi deșteaptă de-acum încolo“, a spus colegul meu, care stătea alături de mine.

„Oricum“, a zis David, „aveam câteva paturi libere și asistenții care administrează paturile voiau să pună în ele pacienți din afara secției de neuro…“

Am întrebat dacă au mai fost alte internări.

„Oncologii au trimis o femeie cu melanom“, a spus Tim, unul dintre ceilalți rezidenți, venind în fața sălii și luând locul stagiarului. A proiectat o tomografie pe peretele din fața noastră. Aceasta arăta două tumori mari și neregulate pe creier, care erau în mod clar inoperabile. Tumorile cerebrale multiple sunt aproape întotdeauna tumori secundare – cunoscute sub numele de metastaze – de la forme de cancer care au început în altă parte, ca, de exemplu, cancer de sân sau de plămân sau, ca în acest caz, de piele. Apariția acestora înseamnă începutul sfârșitului, deși, în unele cazuri, tratamentul poate prelungi viața cu un an sau cam așa ceva. „Scrisoarea de trimitere spune că bea 140 de unități de alcool pe săptămână“, ne-a spus Tim. Am văzut-o pe una dintre stagiarele din rândul din față făcând un calcul aritmetic mental.

„Asta înseamnă două sticle de votcă pe zi“, a spus ușor uimită.

„I s-a îndepărtat o metastază cerebrală la un alt spital, cu 18 luni în urmă“, a continuat Tim. „Și apoi, radioterapie. Oncologii vor o biopsie.“

L-am întrebat ce le-a spus.

„Le-am spus că sunt inoperabile și că biopsia este inutilă. Sunt, în mod evident, metastaze ale melanomului. Pot să facă foarte bine diagnosticarea post-mortem.“

„Ador atitudinea ta pozitivă“, a spus colegul meu, care stătea alături de mine. „Deci care este mesajul pentru oncologi?“

„S-o țină tot așa cu băutura!“, a strigat cineva vesel, din spatele sălii.

Nemaifiind alte cazuri de discutat, am ieșit, unul după altul, din sala de proiecție, pentru a începe ziua de lucru.

Am trecut pe la birou, ca să-mi iau reportofonul.

„Nu uita să-ți scoți cravata!“, mi-a strigat Gail prin ușa biroului ei.

Noul director executiv al Trustului, cel de-al șaptelea de când devenisem medic specialist, ținea morțiș să se aplice Codul vestimentar, lung de 22 de pagini, al Trustului, iar recent fusesem amenințat cu sancționarea disciplinară pentru că purtam cravate și ceasuri. Nu este nici o dovadă că acei specialiști care poartă cravate și ceasuri contribuie la infecțiile spitalicești, dar directorul executiv lua lucrurile atât de în serios, încât începuse să se îmbrace ca asistent și să ne urmărească în timpul vizitelor pe secții, refuzând să vorbească, dar luându-și în schimb notițe copioase. Totuși, purta ecusonul de director executiv – bănuiesc că o făcea pentru situația în care cineva l-ar fi rugat să golească o ploscă.

„Și ceasul!“, a adăugat Gail râzând, în timp ce plecam călcând apăsat, ca să-mi văd pacienții în policlinică.

Pacienții așteaptă într-o încăpere mare și fără ferestre de la parter. Sunt mulți pacienți, care stau în liniște disciplinată în șiruri, pentru că au loc multe consultații în același timp, în noul departament centralizat de ambulatoriu. Locul are tot farmecul unui birou de șomaj, deși cu detaliul suplimentar al unui rastel de reviste în care se află prospecte despre cum să trăiești cu maladia Parkinson, prostată, colon iritabil, miastenia gravis, pungi de colostomă și alte afecțiuni neplăcute. Două tablouri abstracte mari, unul purpuriu și unul verde mai deschis, au fost agățate pe pereți de angajata însărcinată cu aspectele artistice ale spitalului – o femeie entuziastă, în pantaloni negri de piele – cu ocazia vizitei unui membru al familiei regale pentru deschiderea oficială a clădirii noi, cu câțiva ani în urmă.

Mi-am făcut loc printre pacienții care așteptau și care mă urmăreau cu privirea în timp ce mă îndreptam către sala de consultații. Primul lucru pe care l-am văzut când am intrat a fost un fel de turnul Babel de dosare multicolore, care conțineau note referitoare la pacienți – un teanc niciodată mai mic de jumătate de metru –, un turn de foi de hârtie, gata să iasă afară din dosarele obosite, în care rezultatele relevante recente sunt rareori adăugate, iar dacă au fost adăugate, acest lucru a fost făcut în așa fel încât este de obicei foarte greu să le găsești. Pot afla – de obicei într-o ordine total aleatorie – despre

istoricul nașterilor pacientei și poate despre examenul ginecologic, dermatologic sau cardiologic, dar rareori găsesc informații despre data în care am operat pacientul sau despre analiza tumorii pe care am extirpat-o. Am învățat că este de obicei mult mai rapid să-l întrebi pe pacient. Trustul trebuie să aloce un număr din ce în ce mai mare de angajați și resurse în vederea urmăririi constante, a căutării și a transportării notelor medicale. Ar trebui să explic că cea mai mare parte a notelor constau din fișe de observație în care asistentele înregistrează cum a funcționat sistemul excretor al pacientului cu ocazia unor internări anterioare și care nu mai prezintă nici un interes sau importanță. Trebuie să existe multe tone de astfel de note, care sunt transportate prin spitalele de stat în fiecare zi, într-un ritual arhivistic ciudat, care ne aduce aminte de coleopterele coprofage, devotat istoricului excrețiilor pacienților.

Consultațiile mele ambulatorii sunt o combinație ciudată de lucruri neînsemnate și lucruri de o seriozitate extremă. Aici văd pacienți de-ai mei la săptămâni sau luni după ce i-am operat, pacienți noi care vin cu trimitere sau pacienți vechi, cărora le urmăresc evoluția pe termen lung. Poartă propriile haine și ne întâlnim ca egali. Încă nu sunt pacienți internați, care trebuie să se supună ritualurilor depersonalizante presupuse de internarea în spital, să fie etichetați ca păsările captive sau criminalii și să fie puși în pat ca niște copii, în pijamale de spital. Refuz să mai primesc pe altcineva în încăpere – aici nu intră studenți, stagiari sau asistente, ci numai pacienții și familiile lor. Mulți dintre pacienți au tumori cerebrale care cresc încet, prea adânc formate în creier pentru a fi operate, dar care nu cresc totuși suficient de repede pentru a justifica tratamentul paliativ pentru cancer, constând din radioterapie sau chimioterapie. Vin la mine o dată pe an pentru o tomografie, ca să vadă dacă tumoarea s-a schimbat sau nu. Știu că așteaptă dincolo de ușa cabinetului, în zona întunecată și deprimantă de așteptare, îngrozitor de speriați, așteptându-mi verdictul. Uneori reușesc să-i liniștesc că nu s-a schimbat nimic, alteori tomografia arată că tumoarea a crescut. Moartea e pe urmele lor, iar eu încerc să ascund, sau cel puțin să deghizez, silueta întunecată care se apropie încet de ei. Trebuie să-mi aleg cuvintele cu mare grijă.

Cum neurochirurgia se ocupă atât de afecțiuni ale coloanei, cât și de afecțiuni ale creierului, o parte a oricăror consultații din ambulatoriu se petrece discutând cu pacienții cu probleme de spate, dintre care numai câțiva au nevoie de operație. Unui pacient cu o tumoare cerebrală voi încerca să-i explic că viața sa probabil se apropie de sfârșit, în timp ce următorului îi voi spune, străduindu-mă să par înțelegător și necritic, că durerea sa de spate nu este, probabil, o problemă atât de îngrozitoare pe cât ar crede el și că viața merită, poate, să fie trăită în ciuda acesteia. Unele dintre conversațiile pe care le am în policlinică sunt vesele, altele absurde, iar altele pot fi îngrozitor de dureroase. Plictisitoare însă nu sunt niciodată.

După ce m-am uitat la teancul de note cu un sentiment aproape de disperare, m-am așezat și am deschis calculatorul. M-am întors la recepție ca să mă uit la lista de pacienți programați pentru consultație și ca să văd cine venise. Dar am văzut numai câteva foi goale de hârtie. I-am cerut asistentului de la recepție lista de pacienți pentru consultație. Arăta puțin jenat când a întors una dintre foile albe, pentru a da la iveală o altă foaie dedesubt, pe care era lista pacienților care veniseră să-i consult.

„Conducerea policlinicii a spus că trebuie să acoperim numele pacienților, pentru a păstra confidențialitatea“, a spus el. „Este un fel de obiectiv al politicii. Ni s-a spus să procedăm așa.“

Am strigat cu voce tare numele primului pacient, uitându-mă împrejur la pacienții adunați. Un tânăr și un cuplu de vârstnici s-au ridicat grăbiți de pe scaune, temători și deferenți cum suntem cu toții când mergem la doctor.

„Cum e cu confidențialitatea?“, i-am spus bodogănind bietului asistent de la recepție. „Poate pacienții ar trebui identificați numai cu numere, ca în clinicile de boli venerice?“

Am plecat de la recepție.

„Sunt Henry Marsh“, i-am spus tânărului care se îndrepta către mine, devenind chirurgul amabil și politicos și încetând să mai fiu victima neputincioasă și furioasă a obiectivelor guvernamentale. „Vă rog să mă urmați.“ Ne-am îndreptat către birou, iar părinții săi vârstnici au venit după noi.

Era un polițist tânăr, care suferise o criză de epilepsie în urmă cu câteva săptămâni – brusc, din senin, iar viața i se schimbase pentru totdeauna. A fost dus la secția de urgență a spitalului local, unde tomografia a arătat o tumoare. Și-a revenit după criză și, cum tumoarea era mică, a fost externat și i s-a dat trimitere la centrul regional de neurochirurgie. A durat ceva timp până când scrisoarea de trimitere a ajuns la mine, așa că a trebuit să aștepte două săptămâni până când, în sfârșit, ne-am întâlnit – două săptămâni în care a așteptat să audă practic dacă va trăi sau va muri, pentru că nici unul dintre medicii locali nu ar fi știut suficient despre tumorile canceroase ca să poată da tomografiei o interpretare credibilă.

„Vă rog să luați loc“, am spus, arătând către cele trei scaune din fața biroului meu, pe care stăteau turnul de fișe medicale și calculatorul lent.

Am trecut rapid în revistă istoricul crizei, cu el și cu familia lui. Așa cum se întâmplă de obicei în cazul epilepsiei, sperietura a fost mai mare pentru mama lui, care fusese martora crizei, decât pentru tânăr.

„Credeam că moare“, a zis ea. „N-a mai respirat și s-a învinețit la față, dar când a venit salvarea deja se simțea mai bine.“

„Țin minte doar că m-am trezit în spital. Apoi mi s-a făcut tomografia“, a spus tânărul polițist. „De atunci încoace mă gândesc doar la ceea ce poate fi mai rău.“ Pe figura lui se citea disperarea, amestecată cu speranța că aș putea să-l salvez și cu teama că e posibil să nu pot.

„Hai să ne uităm la tomografie“, am spus. O văzusem cu două zile în urmă, dar văd atâtea tomografii în fiecare zi încât trebuie să le am imediat în față, de câte ori consult un pacient, ca să nu fac o greșeală.

„S-ar putea să dureze ceva“, am adăugat. „Tomografiile sunt pe rețeaua de calculatoare a spitalului dumneavoastră local și apoi aceasta este legată de sistemul nostru…“ În timp ce vorbeam, tastam în căutarea iconului pentru rețeaua unde se găseau rezultatele probelor imagistice ale spitalului său. Am găsit-o și am deschis o casetă pentru parolă. Am pierdut șirul diferitelor parole de care am nevoie acum pentru a-mi face treaba de fiecare zi. Cinci minute am încercat, fără succes, să intru în sistem. Îmi dădeam seama, cu durere, cum tânărul și familia sa urmăreau cu încordare fiecare mișcare a

mea, așteptând să audă dacă aveam să-i citesc condamnarea la moarte sau nu.

„Era cu mult mai ușor înainte“, am oftat, arătând către ecranul luminos, redundant de pe biroul meu. „Doar 30 de secunde ca să pui un film radiologic pe ecran. Am încercat toate parolele pe care le știu.“ Aș fi putut să adaug că în săptămâna de dinainte fusesem nevoit să trimit patru din 12 pacienți acasă de la clinică, fără să fi fost în stare să le văd tomografiile, așa că programările fuseseră total degeaba, iar pacienții și mai neliniștiți și nefericiți.

„La fel se întâmplă și în poliție“, a spus pacientul. „Totul este computerizat și tot timpul ni se spune ce să facem, dar nimic nu mai merge la fel ca altădată…“

Am sunat-o pe Gail, dar nu a fost în stare să rezolve problema. Mi-a dat telefonul secției de radiologie, dar când am sunat, mi-a răspuns robotul.

„Scuzați-mă“, am spus. „Merg sus să văd dacă găsesc vreuna dintre secretarele de la radiologie, ca să mă ajute.“ Așa că am trecut grăbit pe lângă pacienții care așteptau în sala de așteptare subterană și am urcat în fugă două etaje, până la secția de radiologie – e mai rapid decât să merg cu lifturile și mă lipsesc astfel de vocea condescendentă care îmi spune să mă spăl pe mâini.

„Unde e Caroline?“, am strigat, când am ajuns la recepția radiologiei, gâfâind puțin.

„Păi este pe-aici“, a venit răspunsul, așa că am făcut turul secției și, în cele din urmă, am găsit-o și i-am explicat problema.

„Ați încercat cu parola dumneavoastră?“

„Da, fir-ar să fie.“

„Păi atunci încercați-o pe a domnului Johnston. De obicei merge. Să-l ia dracu’ de 45. Urăște calculatoarele.“

„De ce 45?“

„Este a 45-a lună de când ne-am afiliat la sistemul acelui spital și parola trebuie schimbată în fiecare lună“, a răspuns Caroline.

Așa că am luat-o la fugă pe coridor și apoi pe scări și pe lângă pacienții care așteptau și am intrat în birou.

„Se pare că cea mai bună parolă este «Să-l ia dracu’ de 45»“, le-am spus pacientului și părinților acestuia, care așteptau în continuare să

audă posibila condamnare la moarte. Au râs stânjeniți.

Am tastat frumos „Să-l ia dracu' de 45“, dar, după ce s-a gândit și după ce mi-a spus că îmi „verifica dreptul de acces“, calculatorul mi-a spus că parola nu era recunoscută. Am încercat să tastez „Să-l ia dracu' de 45“ în multe feluri diferite, cu litere mari, cu litere mici, cu spații, fără spații. Am încercat să tastez „Să-l ia dracu' de 44“ și „Să-l ia dracu' de 46“, dar fără succes. Am luat-o la fugă pe scări în sus, încă o dată, urmărit de ochii curioși și îngrijorați ai pacienților din zona de așteptare. Deja eram în întârziere cu consultațiile, iar numărul de pacienți care mă așteptau creștea constant.

M-am întors la secția de radiologie și am găsit-o pe Caroline la biroul ei. I-am spus că „Să-l ia dracu' de 45“ nu a funcționat.

„Of“, a oftat, „mai bine vin să arunc o privire. Poate nu știți să scrieți «Să-l ia dracu'»“.

Am coborât împreună și ne-am întors în camera de consultație.

„Dacă stau bine să mă gândesc“, a zis ea, e posibil să fi devenit «Să-l ia dracu' de 47»“. A tastat „Să-l ia dracu' de 47“, iar calculatorul, după ce mi-a verificat dreptul de acces – deși dreptul acesta era de fapt al domnului Johnston – și s-a declarat satisfăcut, a descărcat în cele din urmă meniul pentru secția de radiologie de la spitalul pacientului.

„Scuze!“, a spus Caroline râzând, în timp ce ieșea.

„Ar fi trebuit să mă fi gândit și eu la asta“, am spus, simțindu-mă penibil, în timp ce descărcam tomografiile pacientului.

Poate a durat mult să afișez tomografiile pe ecranul calculatorului, dar nu a durat mult ca să le interpretez. Tomografia pacientului arăta o zonă anormală – oarecum asemănătoare cu o minge mică, albă, care presa pe partea stângă a creierului.

„Ei“, am spus, știind ce gânduri l-au chinuit în ultimele două săptămâni și în special în ultimele 50 de minute, „nu pare a fi cancer… cred că totul va fi ok“. Toți trei s-au relaxat puțin pe scaune când am spus acest lucru, iar mama și-a luat de mână fiul și și-au zâmbit. Și eu m-am simțit foarte ușurat. De multe ori sunt nevoit să-i fac să plângă pe cei care stau în fața mea, în cabinetul din policlinică.

Le-am explicat că tumoarea era aproape sigur benignă și că tânărul va avea probabil nevoie de o operație pentru a o îndepărta. Am adăugat, oarecum pe un ton de scuză, că operația prezenta anumite

riscuri serioase. Cu o voce liniștitoare am explicat că riscul de a rămâne paralizat pe partea dreaptă a corpului – ca în urma unui atac cerebral – și poate incapabil de a vorbi nu era „mai mare de 5%“. Ar fi sunat foarte diferit dacă aș fi spus în schimb: „este de chiar până la 5%“, cu un ton sumbru.

„Toate operațiile prezintă riscuri“, a spus tatăl lui, cum spune aproape toată lumea în această etapă a discuției.

Am fost de acord, dar am arătat că unele riscuri sunt mai grave decât altele și că problema, în cazul chirurgiei cerebrale, este că și dacă cele mai mici lucruri merg prost, consecințele pot fi catastrofale. Dacă operația nu reușește, înseamnă sută la sută dezastru pentru pacient, dar pentru mine tot 5% rămâne.

Au dat din cap fără o vorbă. Le-am spus apoi că riscurile operației erau cu mult mai mici decât riscurile de a nu face nimic în privința tumorii și de a o lăsa să se mărească – în final, chiar și tumorile benigne se pot dovedi fatale când devin foarte mari, deoarece craniul nostru este o cutie sigilată și în interiorul său există doar un spațiu limitat.

Am mai discutat puțin despre aspectele practice ale operației și apoi i-am condus în biroul lui Gail.

Următorul pacient era o mamă singură, cu dureri de spate, care suferise două operații prost recomandate la coloană, în sectorul privat. Este bine cunoscut sindromul „operației eșuate la coloană“, care se referă la persoanele cu dureri de spate supuse unei intervenții chirurgicale care nu a dat rezultate (și care, în multe cazuri, pare să le fi agravat durerile).

Era slabă și avea expresia chinuită a unui om suferind de dureri continue și profund disperat. Lucrând în policlinică, am învățat cu mult timp în urmă să nu fac nici o distincție – așa cum încă mai fac mulți medici, cu un aer superior – între durerea „reală“ și cea „psihologică“. Orice fel de durere se produce în creier, și singurul mod în care durerea poate varia, altfel decât la nivel de intensitate, ține de felul în care este cel mai bine tratată, sau, în mod particular în clinica mea, de stabilirea oportunității unei operații. Bănuiesc că mulți pacienți ar beneficia mai mult de pe urma unui tratament psihologic, dar eu nu sunt în măsură să ofer un astfel de tratament într-un

cabinet aglomerat de consultații chirurgicale, deși adesea mă trezesc că sunt obligat să discut mai mult cu pacienții cu dureri de spate decât cu cei cu tumori cerebrale.

Femeia a început să plângă în timp ce vorbea.

„Am dureri din ce în ce mai mari, domnule doctor“, a spus, iar mama ei în vârstă, care stătea alături de ea, dădea din cap îngrijorată în timp ce aceasta vorbea. „Nu mai pot suporta.“

I-am pus întrebările obișnuite despre durerea pe care o simțea – o listă pe care o înveți devreme, ca student medicinist –, întrebări de genul când a început durerea, dacă aceasta cobora pe picior, ce fel de durere era și așa mai departe. Dacă ai experiență, poți adesea prevedea răspunsurile doar privind pacientul; imediat ce i-am văzut fața înlăcrimată, furioasă, în timp ce șchiopăta dramatic pe coridor în spatele meu, către cabinetul de consultație, am știut că nu voi putea să o ajut. M-am uitat pe tomografia coloanei ei, care arăta suficient spațiu pentru nervi, dar și excavațiile și eșafodajul metalic grosolan făcut de colegii mei chirurgi din alt spital.

I-am explicat că dacă o operație nu dă rezultate, se pot trage două concluzii diametral opuse – una este aceea că nu a fost suficient de bine făcută și trebuie făcută din nou, cealaltă este că operația n-ar fi trebuit de la bun început recomandată, fiindcă nu era aceasta soluția. I-am spus că nu credeam că o operație în plus avea să o ajute.

„Dar nu pot continua așa“, a zis furioasă. „Nu pot face cumpărăturile, nu pot avea grijă de copii.“ Au început să-i șiroiască lacrimi pe obraz.

„Sunt nevoită să mă ocup eu de asta“, a spus mama ei.

Când am astfel de pacienți și știu că nu-i pot ajuta, singurul lucru pe care îl pot face este să stau calm, încercând să nu mă uit pe fereastră, peste parcare, peste drumul din perimetrul spitalului, către cimitirul de pe cealaltă parte, în timp ce pacienții îmi înșiră nenorocirile, iar eu aștept să termine. Apoi trebuie să găsesc cuvinte potrivite, care să exprime compasiunea mea, și să închei conversația aceea lipsită de orice speranță, sugerându-le ca medicul de familie să le dea trimitere la Centrul de tratare a durerii, deși n-am mari speranțe că pot scăpa de durere.

„Nu se vede nimic periculos în felul în care se prezintă spatele dumneavoastră“, le spun, având grijă să nu spun că tomografia este normală, cum e cazul de multe ori. Le țin apoi un mic discurs despre beneficiile activității fizice și, în multe cazuri, ale slăbitului, dar aceste sfaturi sunt rareori bine primite. Nu îi judec pe acești oameni nefericiți – așa cum făceam când eram mai tânăr –, în schimb, am un sentiment de eșec și uneori de dezaprobare față de chirurgii care au operat astfel de pacienți, mai ales când acest lucru a fost făcut – cum se întâmplă deseori – pentru bani, în sectorul privat.

Următorul pacient era o femeie în jur de 50 de ani, căreia i se extirpase cu 20 de ani în urmă o tumoare cerebrală benignă și mare, de către un coleg care se pensionase de mult timp. Viața îi fusese salvată, dar rămăsese cu durere facială cronică. Toate formele posibile de tratament eșuaseră. Durerea apăruse deoarece nervul senzorial pentru una dintre părțile feței îi fusese secționat când i-a fost extirpată tumoarea – o problemă inevitabilă uneori, pentru care chirurgii folosesc cuvântul „sacrificiu“. Drept urmare, pacientul rămâne cu o amorțeală severă pe partea aceea a feței, un fenomen neplăcut, deși majoritatea se împacă cu acest lucru. Totuși, câțiva nu reușesc și, dimpotrivă, aproape îi înnebunește amorțeala aceasta; termenul medical latin pentru aceasta, *anaesthesia dolorosa* – pierdere dureroasă a senzației –, exprimă natura paradoxală a problemei.

Și această pacientă vorbea interminabil – descriind numeroasele tratamente fără succes și medicamentele pe care le-a luat în decursul anilor, și cum nici un doctor nu a putut-o ajuta.

„Trebuie să tăiați nervul, domnule doctor“, a spus. „Nu mai pot continua în felul acesta.“

Am încercat să-i explic că problema apăruse exact din cauză că nervul fusese tăiat și i-am povestit despre durerea membrului fantomă, când cei care au suferit amputarea simt dureri severe la brațul sau piciorul care nu mai există ca membru în lumea reală, dar care încă există ca tipar de impulsuri nervoase în creier. Am încercat să-i explic că durerea pe care o simțea era în *creierul* său, și nu în obraz, dar explicația nu a satisfăcut-o deloc și, judecând după

expresia ei, probabil credea că nu am luat în serios durerea ei, considerând că *„totul era în imaginația sa*“. A ieșit din încăpere la fel de furioasă și nemulțumită ca atunci când sosise.

Unul dintre pacienții cu tumori canceroase pe care îl vedeam la intervale regulate era Philip, un bărbat în jur de 40 de ani, cu o tumoare numită oligodendrogliom, pe care îl operasem cu 12 ani în urmă. Îndepărtasem tumoarea în cea mai mare parte, dar aceasta începuse acum să crească din nou. Făcuse recent chimioterapie, care poate încetini rata de recurență, dar amândoi știam că tumoarea avea în cele din urmă să-l ucidă. Am discutat acest lucru cu diferite ocazii și nu aveam ce câștiga abordând din nou subiectul. Cum îl îngrijisem atât de mulți ani, ajunsesem să ne cunoaștem foarte bine.

„Cum se simte soția dumneavoastră?“, a fost primul lucru pe care mi l-a spus când a intrat în cabinet și mi-am amintit că, atunci când îl văzusem ultima dată, în urmă cu un an, îmi telefonase poliția în mijlocul conversației ca să-mi spună că noua mea soție, Kate, pe care o cunoscusem la un an de la destrămarea primei căsătorii, tocmai fusese internată în urma unei crize epileptice.

„Nimic grav“, îmi spusese polițistul, încercând să mă ajute. Încheiasem rapid conversația cu Philip și am alergat într-un suflet la secția de urgențe din spitalul meu, unde am găsit-o pe Kate, arătând aproape de nerecunoscut, cu fața plină de sânge uscat. Avusese o criză de epilepsie în centrul comercial Wimbledon și-și mușcase zdravăn buza de jos. Din fericire nu era nimic grav și unul dintre colegii mei chirurgi plasticieni a venit și i-a cusut rana. Am apelat la unul dintre colegii mei neurochirurgi să o vadă.

Era un moment dificil – multe tumori ale creierului se declară mai întâi prin crize epileptice, cum știam prea bine, și știam destul de bine din experiența cu fiul meu că faptul de a fi doctor nu ne făcea, pe mine și familia mea, imuni la bolile pacienților mei. Nu i-am împărtășit aceste gânduri lui Kate și i-am spus că tomografia era doar o formalitate, sperând să o scutesc, cât de cât, de îngrijorare. Kate este antropolog, autor al unor cărți de succes, fără nici un fel de pregătire medicală, dar îi subestimasem puterea de observație. Mi-a spus mai târziu că prinsese suficiente cunoștințe de neurochirurgie

pentru a ști că tumorile cerebrale adesea „debutează“ cu epilepsie. A trebuit să aștepte o săptămână până când să i se facă o tomografie cerebrală, timp în care ne-am ascuns cu grijă temerile unul față de celălalt. Tomografia a fost normală: nu exista nici o tumoare. Gândul că atât de mulți dintre pacienții mei trebuiau să aștepte rezultatele tomografiilor la fel de mult cât le așteptasem eu și Kate nu era reconfortant – iar cei mai mulți dintre ei trebuie să aștepte mult mai mult de o săptămână.

Impresionat de faptul că Philip își adusese aminte de acest episod, i-am spus că Kate se simțea bine și că actualmente epilepsia era sub control. Mi-a spus că el încă mai avea crize minore de câteva ori pe săptămână și că dăduse faliment din cauză că își pierduse carnetul de conducere.

„Dar am pierdut multe kilograme cu chimio“, a spus râzând. „Arăt mult mai bine, nu-i așa? Mi-a fost foarte greață. Trăiesc. Sunt fericit că trăiesc. E singurul lucru care contează, dar trebuie să-mi iau înapoi permisul. Primesc doar 65 de lire ajutor. Nu e chiar ușor să trăiești cu banii aceștia.“

Am stabilit să-l rog pe medicul lui de familie să-i dea trimitere la un specialist în epilepsie. M-am gândit, nu pentru prima dată, la cât de meschine sunt orice probleme în comparație cu cele ale pacienților mei și am avut un sentiment de rușine și dezamăgire că, în ciuda acestei înțelegeri, continuam să îmi fac griji pentru diversele probleme. Te-ai aștepta ca faptul că vezi atât de multă durere și suferință să te poată ajuta să-ți vezi propriile necazuri la adevărata lor dimensiune, dar, din nefericire, nu e așa.

Ultima pacientă era o femeie de vreo 30 de ani, cu nevralgie severă de trigemen. O operasem cu un an în urmă și îmi aduceam aminte vag că se întorsese apoi, după câteva luni, cu durere recurentă – uneori operația nu reușește –, dar nu-mi aminteam ce se mai întâmplase după aceea. Am scotocit printre note, dar n-am găsit nimic care să mă ajute. Îmi pregătisem un discurs în care să-mi cer scuze, așteptându-mă să o văd chinuită de durere și dezamăgire. Însă acum era total diferită. Mi-am exprimat surpriza de a vedea cât de bine arăta.

„M-am simțit absolut perfect de la operație“, a declarat.

„Dar credeam că durerea revenise!“, am spus.

„Dar m-ați operat din nou!“

„Adevărat? O, îmi cer scuze – văd atât de mulți pacienți, încât uneori mai uit…“ am răspuns.

Am scos notele ei din teanc și m-am uitat câteva minute, fără să găsesc ceva despre faptul că fusese operată a doua oară. Din multele foi de hârtie ieșea în afară un semn maro – unul dintre puținele documente gândite de Trust și care este ușor de găsit.

„A!“, am spus. „Uitați. Poate că n-oi fi în stare să găsesc observațiile privind operația, dar pot să vă spun că ați făcut un rahat de tip 4 pe 23 aprilie…“ I-am arătat Graficul de evaluare a materiilor fecale, realizat atât de elaborat de spital, colorat într-un maro închis sugestiv, fiecare foaie cu un ghid ilustrat grafic privind cele șapte tipuri diferite de fecale, în conformitate cu clasificarea făcută de un anume dr. Heaton de la Universitatea din Bristol.

S-a uitat neîncrezătoare la document și a izbucnit în râs.

I-am arătat că făcuse un tip 5 în ziua următoare – „mic și plin de cocoloașe, ca nucile“, conform dr. Heaton – și i-am arătat și imaginea care însoțea evaluarea. I-am spus că, fiind neurochirurg, nu mă interesa câtuși de puțin tranzitul ei intestinal, deși conducerea Trustului în mod îl clar considera o chestiune de o profundă importanță.

Am râs amândoi multă vreme. Când ne întâlniserăm pentru prima dată, avea ochii inexpresivi din cauza analgezicelor și, dacă încerca să vorbească, fața i se contorsiona de dureri cumplite. Mă gândeam cât de radiant de frumoasă arăta acum. S-a ridicat să plece și s-a dus către ușă, dar apoi s-a întors și m-a sărutat.

„Sper să nu vă mai văd niciodată“, a spus.

„Înțeleg perfect“, am răspuns.

MULȚUMIRI

Sper ca pacienții și colegii mei să mă ierte pentru că am scris această carte. Deși poveștile pe care le-am spus sunt toate adevărate, am schimbat multe dintre detalii, pentru a păstra confidențialitatea atunci când era necesar. Când suntem bolnavi, suferința este a noastră și a familiei noastre, dar pentru doctorii care ne îngrijesc, ea nu este decât una dintre multe alte povești asemănătoare.

Am fost ajutat foarte mult de înțeleptul meu agent Julian Alexander și de excelentul meu editor Bea Hemming. Cartea ar fi fost mult mai slabă în lipsa îndrumărilor lor. Câțiva prieteni au avut bunăvoința de a citi primele forme ale cărții și mi-au făcut sugestii neprețuite, în mod special Erica Wagner, Paula Milne, Roman Zoltowski și fratele meu, Laurence Marsh. În cursul celor 27 de ani cât am fost medic specialist neurochirurg, am avut marele noroc de a o avea secretară pe Gail Thomson, a cărei susținere, eficiență și grijă pentru pacienți nu au egal.

Cartea nu ar fi fost scrisă niciodată dacă nu ar fi existat dragostea, sfaturile și încurajările soției mele, Kate, care a găsit și titlul și căreia îi este dedicată.

Addictions and Mental Health (Toxicomanie şi sănătate mentală) (n.red.)

În original, *acute disseminated encephalo-myelitis*, de unde abrevierea ADEM (n.red.)